

***Le sentiment de solitude perçu par la  
personne âgée vivant à domicile : mieux le  
comprendre pour mieux la prendre en soin***

**Travail de Bachelor**

**Alexandre KARSEGARD**

N° matricule : 13317078

**Joao David NOGUEIRO FERNANDES**

N° matricule : 16871790

Directrice : Madame Ludwig, Catherine – Professeure HES  
Associée. HEdS, Genève

Membre du jury externe : Madame Ornelas, Paula - Infirmière spécialisée en santé  
Mentale. CAPPA, Genève

**Genève, le 16 juillet 2019**

## DÉCLARATION

« Ce travail de bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de bachelor, du juré et de la HEdS.

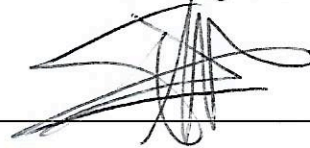
Nous attestons avoir réalisé seuls le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie ».

Fait à Genève, le **16 juillet 2019**

Alexandre Karsegard



Joao David Nogueiro Fernandes



*« L'enfer est tout entier dans ce mot : solitude »*

*Victor Hugo (1802 – 1885)*

## REMERCIEMENTS

Les pages que le lecteur va explorer sont le reflet de rencontres, de questionnements apparus lors de stages, de discussions avec des enseignants de l'HEdS et, bien sûr, de nos réflexions ayant permis de rassembler les idées principales et y donner une coloration personnelle.

Nous aimerions donc tout d'abord adresser nos remerciements, à tous ceux que nous avons "croisé en chemin" et qui ont, par leur propre sensibilité, contribué à ouvrir l'horizon de nos recherches.

Nous aimerions remercier tout particulièrement certaines personnes :

Madame Catherine Ludwig, directrice de notre travail de bachelor, pour sa disponibilité, ses conseils et ses pistes de réflexion qui nous ont permis de mieux comprendre "le chemin" sur lequel nous nous étions engagés.

Madame Paula Ornelas, membre du jury, pour sa disponibilité. Ses réflexions à propos du *sentiment de solitude* nous ont permis de faire un choix plus éclairé à propos de notre sujet de bachelor.

Monsieur Paul Bobbink, chargé d'enseignement à la HEdS, pour ses conseils et pistes de réflexion apportés lors des différents séminaires consacrés à ce travail.

Finalement, je souhaite sincèrement remercier Shanice Humbert, Mathias Karsegard et Simon Gavillet pour tous les instants qu'ils ont partagés avec moi, prodiguant soutien, conseils et idées lors d'échanges. Une pensée pour ma famille et mes proches également, qui ont suivi avec intérêt mon parcours et mes progrès dans cette œuvre.

A. Karsegard

J'aimerais, enfin, remercier tout particulièrement Noelia Delicado, ma femme, ainsi que ma belle-famille pour leur soutien et *amour inconditionnel* envers moi, mon projet professionnel et de vie. C'est à eux que je dédie cette œuvre. Je remercie également Marga et Jorge Rodriguez, ainsi que Fabian Delicado pour la relecture de ce travail.

J. D. Nogueiro F.

## RÉSUMÉ

**Introduction :** Cette revue de littérature aborde la thématique du *sentiment de solitude* à domicile tel qu'il est vécu et ressenti par la personne âgée. L'avènement inéluctable des "pertes" liées au *vieillissement* et la volonté de rester à domicile, favorisent l'apparition d'un *sentiment de solitude*. Ce phénomène relève d'une profonde *complexité*. Il est vécu différemment par chaque personne, ce qui demande de la part de l'infirmier la capacité à prodiguer un accompagnement individualisé. Afin d'appuyer cet accompagnement, la théorie de Newman soutient l'infirmier dans une posture d'ouverture vis-à-vis du monde de la personne âgée.

**Méthode :** Afin de répondre à la question « *Comment et dans quelles conditions les personnes âgées vivant à domicile perçoivent-elles un sentiment de solitude ?* », cette revue de littérature a permis de documenter le vécu des personnes âgées. Sept articles ont été retenus suite à une consultation des bases de données, *Pubmed*, *Cinahl*, *Google Scholar*, *SciELO* et *Taylor & Francis*, consultés entre décembre 2018 et février 2019. Les articles retenus ont été publiés entre 2001 et 2017 et traitent le sujet du *sentiment de solitude* dans une approche qualitative, de type phénoménologique.

**Résultats :** Plusieurs thématiques sont mises en lumière : des facteurs favorisant l'avènement d'un *sentiment de solitude*, la souffrance que ce phénomène engendre, les stratégies que les personnes âgées mettent en place pour s'y confronter et le rôle infirmier dans l'accompagnement de la personne âgée. Ainsi, des recommandations seront profitables aux niveaux théorique, pratique et de prévention et plus particulièrement pour les professionnels intervenants à domicile.

**Conclusion :** La considération de la personne âgée dans son entièreté est fondamentale pour prodiguer des soins optimaux basés sur un accompagnement individualisé et authentique.

**Mots-clés :** Personne âgée ; Sentiment de solitude ; Domicile ; Études qualitatives ; Soins infirmiers ; Modèle de Newman.

**Key words:** Elderly people; Feeling of loneliness; Home; Qualitative studies; Medical care; Newman model

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>ADN</b>	Acide Désoxyribonucléique
<b>ANESM</b>	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>EBN</b>	Evidence Based Nursing
<b>HEdS</b>	Haute Ecole de Santé de Genève
<b>IF</b>	Impact Factor
<b>LCU</b>	Life Change Units
<b>Obsan</b>	Observatoire Suisse de la Santé
<b>OFS</b>	Office Fédéral de la Statistique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONU</b>	Organisation des Nations Unies
<b>UCLA</b>	University of California, Los Angeles
<b>WISH</b>	Well-being Intervention for Social and Health

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Concepts, MeSH Terms et traductions	31
Tableau 2 :	Équations de recherche, bases documentaires et filtres	32
Tableau 3 :	Critères de fiabilité et <i>impact factor</i>	34
Tableau 4 :	Grille COREQ pour analyse/lecture d'articles	36
Tableau 5:	Synthèse de l'article « <i>The enigmatic phenomenon of loneliness</i> » de Dahlberg (2007).	49
Tableau 6:	Synthèse de l'article « <i>Solidao na perspectiva do idoso</i> » de De Aguiar et Neto (2016).	50
Tableau 7:	Synthèse de l'article « <i>Experiences of loneliness among the very old: The Umea 85+ project</i> » de Graneheim et Lundman (2010).	51
Tableau 8:	Synthèse de l'article « <i>What is different about living alone with cancer in older age? A qualitative study of experiences and preferences for care</i> » de Hanratty et al. (2013).	52
Tableau 9:	Synthèse de l'article « <i>What do older people experiencing loneliness think about primary care of community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England</i> » de Kharicha et al. (2017).	53

Tableau 10:	Synthèse de l'article « <i>A phenomenological exploration of loneliness in the older adult</i> » de McInnis et White (2001).	54
Tableau 11:	Synthèse de l'article « <i>Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults</i> » de Smith (2012).	55
Tableau 12 :	Tableau synoptique	56
Tableau 13 :	Accompagner la personne dans son processus transformatif	77

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 :	La pyramide des âges	4
Figure 2 :	Le sentiment de solitude	9
Figure 3 :	Le sentiment de solitude et sa complexité	16
Figure 4 :	La hiérarchie des connaissances	20
Figure 5 :	Processus de reconnaissance, insight et de transformation	26
Figure 6 :	Comparaison entre la théorie de Newman et les stages de l'évolution de la conscience humaine de Young	27
Figure 7 :	Diagramme de flux du processus d'identification des articles	33
Figure 8 :	Processus de partenariat	78

## TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	II
Remerciements	IV
Résumé	V
Liste des abréviations	VI
Liste des tableaux	VI
Liste des figures	VII
Table des matières	VIII
Préambule	1
1. Introduction	2
2. État des connaissances	3
2.1. Le vieillissement et la personne âgée	3
2.2. L'isolement social	6
2.3. Le sentiment de solitude	7
2.3.1. Différents regards disciplinaires du sentiment de solitude	10
2.3.2. Les conséquences de la solitude affective/ du sentiment de solitude	16
2.3.3. Faire face au sentiment de solitude	17
3. Cadre Théorique Infirmier	19
3.1. Modèle théorique : <i>La santé comme expansion de la conscience</i>	19
3.2. Metaconcepts	23
3.2.1. La personne	23
3.2.2. Le soin	24
3.2.3. La santé	24
3.2.4. L'environnement	25
3.3. Le processus d'expansion de la conscience	25
4. Problématique	29
5. Méthode	30
5.1. Sources d'information et stratégie de recherche	31
5.2. Le diagramme de Flux	33
6. Résultats	34
6.1. Fiabilité des sources choisies	34
6.2. Analyse des contenus à l'aide de la grille <i>COREQ</i>	36
6.3. Synthèse des articles	37
6.4. Tableaux comparatifs	49
7. Discussion	56
7.1. Facteurs favorisants	57
7.1.1. Perte de relations de qualité	57
7.1.2. Déclins fonctionnels	59
	VIII



7.1.3. Isolement	62
7.1.4. Modification du rôle social	64
7.2. Solitude perçue : une souffrance	66
7.3. Stratégies	68
7.3.1. Gestion individuelle	68
7.3.2. Activités sociales	69
7.3.3. Présence familiale	71
7.3.4. Présence d'un animal de compagnie	72
7.4. Rôle infirmier	73
7.4.1. Prise en soins individualisée	74
7.4.2. Relation de confiance	75
7.4.3. Dépistage et prévention	76
8. Conclusion	78
8.1. Apports et limites du travail	78
8.1.1. Apport du travail	78
8.1.2. Limites du travail	79
8.2. Recommandations	79
8.2.1. Recommandations pour la pratique	79
8.2.2. Recommandations pour la formation	81
8.2.3. Recommandations pour la recherche	82
9. Références	83

## PRÉAMBULE

Notre travail est le résultat de nombreux éléments qui nous ont interpellés et qui ont soulevé en nous de nombreuses interrogations. Cette démarche nous a par la suite orientés sur un chemin de réflexion et de sensibilisation individuelle. Nous avons en effet été touchés par les découvertes réalisées et celles-ci ont nourri notre motivation à toujours aller plus loin.

Parmi les éléments de départ, l'expérience de stage à domicile nous a permis de nous rendre compte que nous avons de nombreux questionnements en ce qui concerne l'isolement de la personne âgée à domicile. Nous nous sommes donc proposés d'explorer ensemble cette thématique dans notre travail de Bachelor.

Suite à nos premières recherches documentaires, la problématique de l'*isolement social* de la personne âgée à domicile nous semblait être la plus intéressante à explorer. En revanche, notre sensibilité nous poussait plutôt à un questionnement s'orientant davantage vers la compréhension du ressenti et du vécu de la personne. C'était donc un élément plus subjectif et difficilement mesurable qui nous intéressait.

L'élément déclencheur est apparu lors d'une discussion fortuite pendant un stage dans le domaine de la psychiatrie gériatrique. Nous avons été interpellés par le questionnement autour du *sentiment de solitude*.

Nos recherches documentaires et les conseils de notre référente nous ont convaincus et nous avons opté pour une focalisation sur l'expérience subjective du *sentiment de solitude* chez la personne âgée, appuyée par la théorie de soins de Newman que nous considérons pertinente pour guider notre approche soignante.

# 1. INTRODUCTION

La *solitude* ; voilà un terme qui possède de multiples significations. Parfois associée à une situation sociale, parfois à un sentiment, elle procure à la fois bienfaits et souffrance. Ce sentiment, vécu comme une souffrance, un abandon, un manque d'appartenance, ne fait qu'attiser le mal-être, engendrant des conséquences néfastes. Ce travail aborde la question du *sentiment de solitude* tel qu'il est décrit par les personnes âgées vivant à domicile.

Dans la première partie, la problématique du *sentiment de solitude* est mise en évidence de façon à bien délimiter le concept à la lumière d'autres notions qui lui sont bien souvent associés, comme l'*isolement social* et la *solitude*. Au regard de la théorie de *la santé comme expansion de la conscience*, de Newman, la problématique est abordée et développée tout en y proposant une posture infirmière face au phénomène du *sentiment de solitude*.

Dans la seconde partie, l'analyse d'études de nature qualitative, portera sur le *sentiment de solitude* perçu par les personnes âgées elles-mêmes et la mise en évidence des résultats de ces articles. Par la suite, dans une troisième partie, une discussion sera construite autour de thématiques telles que les *facteurs favorisants*, la description du *sentiment de solitude perçu* et des *stratégies* présentées par différentes personnes des études pour y faire face. Finalement, une conclusion proposant des recommandations pour la *pratique infirmière* viendra clore la démarche présentée dans ce travail.

Le *sentiment de solitude* est difficilement généralisable. En effet, il est délicat de le considérer et de le comprendre indépendamment des personnes qui en font l'expérience. Il est donc essentiel d'aborder la question du *sentiment de solitude* au travers des récits de ces personnes. C'est la raison pour laquelle cette recherche documentaire a été orientée sur des études qui adoptent une démarche qualitative. La démarche qualitative adopte une méthodologie qui permet de répondre à des questions de perception et de mettre en exergue la perception des individus en se basant sur des éléments subjectifs.

Ce travail donne une belle opportunité pour travailler autour du positionnement infirmier face au *sentiment de solitude* tel qu'il est vécu par la personne âgée dans son contexte et son histoire de vie.

## 2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

### 2.1. Le vieillissement et la personne âgée

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2018), la notion de *personne âgée* est associée à la notion de *vieillissement*. Ce dernier est un processus « d'accumulation d'un vaste éventail de dommages moléculaires et cellulaires au fil du temps, qui entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès » (OMS, 2018). Cependant, cette accumulation de *dommages* n'est pas linéaire, c'est-à-dire, égale pour tout le monde. Cette différence est aussi appelée le *vieillissement différentiel* (Perlemuter, 2005), à savoir le fait que tous les individus ne vieillissent pas de la même manière et au même rythme.

Le *vieillissement différentiel* tient compte de différents domaines dans un processus global de vieillissement (Perlemuter, 2005). Le domaine organique concerne tout ce qui est en lien avec la génétique, le métabolique, le sensoriel et les maladies. Le domaine psychologique tient compte de la transformation des processus perceptifs, cognitifs et de la vie affective. Le domaine comportemental s'intéresse aux aptitudes, attentes, motivations, image de soi, rôles sociaux, personnalité et adaptation. Finalement le domaine social s'intéresse à l'influence de la société en ce qui concerne les revenus, les soins, le travail, les loisirs et la famille (Perlemuter, 2005 ; Mias, 2000).

La santé individuelle d'une personne âgée résulterait également « des comportements adoptés en matière de santé et des conditions de vie tout au long de son existence » (Weber et al., 2016, p. 23). Il faudrait alors tenir compte des disparités éventuelles en matière de santé, et s'orienter vers une conception de la santé, plus élargie et centrée sur la personne (Weber et al., 2016).

Toutefois, malgré le fait qu'il soit possible de relativiser la notion de personne âgée en tenant compte du *vieillissement différentiel*, il est toujours aussi difficile aujourd'hui, voire impossible, de rester indifférent face à l'impact démographique attendu pour les prochaines décennies. En effet, le nombre croissant de la population âgée, appartenant aux classes d'âges des 65 ans et plus est défini par l'OMS (2019), comme étant un *phénomène planétaire*.

Selon l'analyse effectuée par Rühli (2016), en 1915, l'espérance de vie mondiale à la naissance atteignait tout juste 34 ans. En 1965 déjà, elle atteignait environ 56 ans, et en 2015 elle aurait augmenté à plus de 71 ans. Ce qui fait une augmentation d'environ 37 années en l'espace de 100 ans. Ainsi, suivant cette tendance de l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, les pronostics au niveau mondial prévoient que le nombre de personnes âgées de 80 ans ou plus, aura été multiplié par quatre entre 2000 et 2050 (OMS, 2015). Ce nombre, en Europe, est de 1 personne très âgée pour 5 âgées de 50 à 75 ans, selon les projections pour 2050 (Aquino & Robine, 2016).

En Suisse, selon l'Office Fédéral de la Statistique [OFS] (2015), il faut s'attendre à une diminution importante du nombre de jeunes par rapport à celui des personnes âgées, appelé aussi *vieillesse démographique*.

Pour soutenir cette analyse, d'après la *pyramide des âges* (cf. Figure 1) l'évolution de l'ensemble de la population montre un rétrécissement du nombre de jeunes et une augmentation du nombre de personnes âgées. A l'horizon 2045, pour une population estimée entre 9,4 et 11 millions de personnes, la Suisse dénombrera 2.7 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, contre 1.5 million fin 2014 (OFS, 2015).

#### Pyramide des âges

Nombre de personnes en milliers

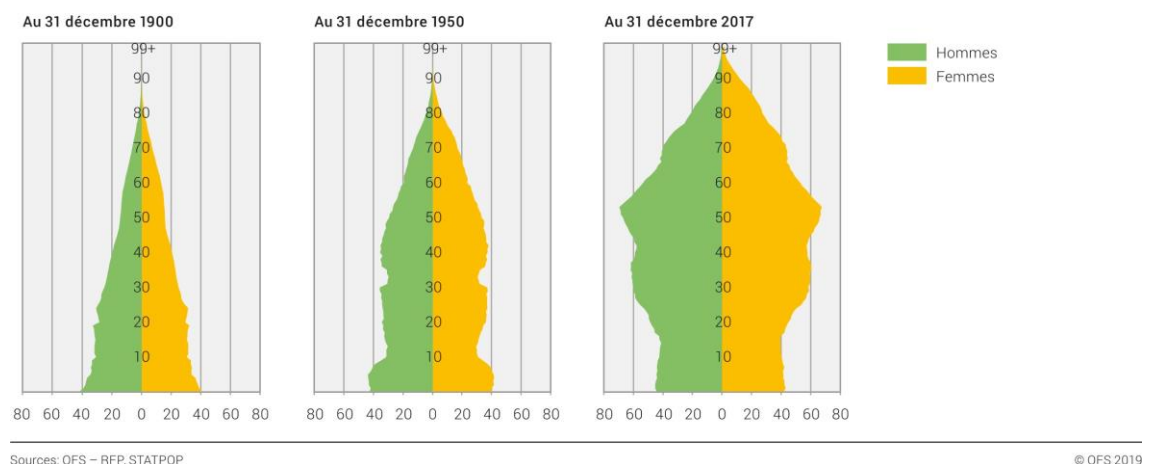


Figure1 : La pyramide des âges. Tiré de : OFS, 2019

Selon le graphique de la pyramide des âges (Office Fédéral de la Statistique [OFS], 2019), illustré ci-dessus, le nombre de naissances reste stable, tandis que le nombre de personnes adultes et âgées tend à augmenter. Dans l'hypothèse où le taux de natalité reste constant, comme il l'est aux dates indiquées sur le graphique (1900, 1950

et 2017), la proportion de personnes âgées sera encore plus élevée, et, par conséquent, le rapport de dépendance (jeunes/âgés) sera d'autant plus déséquilibré.

De plus, les progrès effectués dans les domaines de la médecine et de l'hygiène de vie tendent également à allonger l'espérance de vie à 65 ans, constituant donc une génération âgée plus importante (Weber et al., 2016). Selon l'Office Fédéral de la Statistique [OFS], (2017), l'espérance de vie des individus des deux sexes nés dans le courant de l'année 2017 se situerait entre 91 et 94 ans. Ainsi, les suisses vivront plus longtemps, mais, selon la perception des personnes âgées, aussi en meilleure santé (Weber et al., 2016). Ceci semble être le cas pour 62% des personnes âgées de 75 ans qui s'estiment être en bonne santé.

La perception d'être en bonne santé, semble toutefois être plus en lien avec la santé mentale et le fait de garder ses capacités cognitives, qu'avec la santé physique, ou une détérioration de celle-ci, et son impact sur l'autonomie de la personne (Weber et al., 2016; Nosraty, Jylhä, Raittila & Lumme-Sandt, 2015). Puvill, Lindenberg, De Craen, Slaets et Westendorp (2016), soutiennent aussi cette hypothèse selon laquelle le déclin physique pourrait, en effet, ne pas être un facteur déterminant d'une moindre satisfaction de vie à la vieillesse, en particulier lorsque la santé mentale est bonne.

Si l'impact de la santé mentale sur le bien-être de la personne semble plus important l'âge avançant, il est alors pertinent de s'intéresser aux éléments qui pourraient jouer un rôle dans la péjoration de la santé mentale. Ainsi, selon Puvill et al. (2016), parmi ces facteurs de péjoration figureraient un état dépressif, mais aussi un état d'*isolement social*. Ce dernier aspect pourrait prendre une importance particulière étant donné que la plupart des personnes âgées souhaitent passer les derniers jours de leur vie à domicile. Dans une période de la vie lors de laquelle les ressources physiques pour se déplacer viennent à manquer, le risque de se retrouver isolé chez soi risque d'augmenter (Roy, Dubé, Després, Freitas & Légaré, 2018). Dès lors, dans le cadre d'une prise en soins infirmière, il semble essentiel de considérer l'*isolement social* comme élément de péjoration de la santé mentale (Varela, Ciconelli, Campolina & Soarez, 2015; Hawton et al., 2010).

En résumé, la perte progressive de ressources physiques et sociales peut conduire à une forme d'*isolement*. Celui-ci peut avoir un impact sur la santé mentale, augmentant la possibilité de souffrir d'un *sentiment de solitude*, qui lui-même peut être à l'origine d'un état dépressif (Cacioppo & Patrick, 2008).

Dans le contexte Suisse, une personne sur dix vit seule. Ce pourcentage s'élève à 46% pour les plus de 80 ans et cette proportion croît fortement avec l'âge (OFS, 2017). Le nombre total de personnes de plus de 80 ans vivants seules à domicile s'élèverait approximativement à 196'200 personnes à la fin 2016 (OFS, 2017).

Selon Weber et al. (2016), vouloir rester à domicile malgré les événements critiques de la vie (maladies, accidents et autres) et les deuils successifs, peut conduire la personne âgée à une perte de réseau social, et donc d'*isolement social*, et à un état de *solitude* qui pourrait se traduire finalement par un *sentiment de solitude*. Au vu de la tendance probable d'une augmentation de la population âgée, l'importance de s'intéresser à cette question ne fait aucun doute et est très actuelle.

## 2.2. L'isolement social

L'*isolement social* est surtout un concept sociologique mesurable objectivement par le nombre de contacts sociaux qu'une personne a dans sa vie quotidienne (Dayez, 2012 ; Campéon, 2016), ainsi que par la fréquence de ces contacts (Vandenbroucke et al., 2012). Les personnes âgées seraient ainsi plus à risque de souffrir de cette situation à cause d'un réseau social se réduisant induites par des pertes liées au vieillissement, ainsi qu'au décès de leur conjoint ou d'amis proches.

Toutefois, malgré le risque d'*isolement social* (Wettstein, Dyntar & Kälin, 2014), ou de *solitude* (Vandenbroucke et al., 2012), il semblerait que la volonté de rester à domicile jouerait également un rôle dans le sentiment de bien-être des personnes âgées (Roy et al., 2018). En Suisse, cela est probablement le cas pour 54% des personnes de plus de 75 ans vivant à domicile (Weber et al., 2016).

Néanmoins, du fait de l'attachement qu'elle porte à son domicile, la personne âgée serait exposée à certains risques, comme la perte progressive d'*indépendance* (capacité d'effectuer des tâches quotidiennes seule) ou encore d'*autonomie* (capacité décisionnelle) pouvant être mis en lien avec des déclins fonctionnels et/ou cognitifs (Piguet, Droz-Mendelzweig & Bedin, 2017).

Les raisons qui motivent les personnes âgées dans leur volonté de rester à domicile se posent donc tout naturellement. Parmi elles, deux raisons principales semblent émerger. D'une part la dimension affective que la personne entretient avec son domicile, dans le sens de repère de vie, d'un lien avec son passé, ses souvenirs et

finalement un sentiment d'attachement à ses racines (Manoukian, 2010 ; Quentin, 2016). D'autre part, il a la volonté de garder son autonomie (Piguet et al., 2017 ; Nosraty, Jylhä, Raittila & Lumme-Sandt, 2015). La dimension affective et le fait de garder leur autonomie viendraient donc, d'une certaine façon, "contrebalancer" les aspects les plus défavorables en lien avec le maintien à domicile, tels que les limitations fonctionnelles et autres atteintes, appuyant de ce fait le modèle de "balance" proposé par Freund et Baltes (1998). Selon ce modèle, malgré les risques, la personne âgée aurait la possibilité de mettre en place de nouvelles stratégies, par la mobilisation de ressources nécessaires en vue d'un *vieillissement réussi*. Selon Freund et Baltes (1998), les indicateurs d'un *vieillissement réussi* sont : le *bien-être subjectif*, les *émotions positives* et *l'absence de solitude*.

Malgré toutes les stratégies pouvant être mises en place par la personne âgée vivant à domicile, un risque important existe qu'elle se retrouve dans une situation d'*isolement social*, qui puisse potentiellement la conduire à un état de *solitude* et faire aussi l'expérience d'un *sentiment de solitude*.

### **2.3. Le sentiment de solitude**

Les trois notions susmentionnées, *isolement*, *solitude* et *sentiment de solitude*, sont donc très proches (Campéon, 2016). Elles possèdent néanmoins des aspects qui les caractérisent.

Tout d'abord, les deux termes d'*isolement* et de *solitude* sont souvent vus comme synonymes et confondus (Campéon, 2016). Ceci est dû au fait qu'une personne qui est isolée, c'est-à-dire en perte ou diminution de réseau social se trouve également d'une certaine façon, seule, et qu'une personne seule est d'une certaine manière aussi isolée, que ce soit par choix personnel ou en conséquence d'un contexte particulier. Toutefois, si les termes *isolement* et *solitude* sont parfois utilisés de manière interchangeable, ils ne renvoient pas exactement à la même signification.

Comme déjà précisé, l'*isolement social* renvoie à une notion plutôt sociologique, tandis que le concept de la *solitude* se définit plutôt comme « l'expérience subjective de se sentir seul » (Campéon, 2015, p.94). La *solitude* peut être approchée à partir de deux perspectives différentes. Tout d'abord, d'un point de vue quantitatif et sociologique, la *solitude sociale* (Vandenbrouke et al., 2012), et d'un point de vue plutôt qualitatif et psychologique, la *solitude affective* (De Kermadec, 2017).



La *solitude sociale*, peut être décrite comme le résultat d'une perte de réseau, ne tenant compte, ni de la qualité des contacts ni de leur importance sur le plan affectif (Delisle, 1987), et ainsi être associée à l'*isolement social*. Cependant, elle peut être observée comme le résultat d'un choix personnel, dans une perspective plutôt qualitative et psychologique, et être vécue comme une expérience positive (Campéon, 2016 ; Serres, 2016 ; De Kermadec, 2017). Dès lors, le fait de "s'éloigner pour se retrouver avec soi-même", peut aussi être une expérience positive, voire même nécessaire afin de renforcer sa propre identité personnelle (Campéon, 2016 ; De Kermadec, 2017 ; Schurmans, 2003). Campéon (2015) parlera aussi de cette *solitude* choisie ou recherchée comme une *solitude assumée*, qui peut être aussi le reflet d'une « solide unité intérieure, grâce notamment à un univers personnel suffisamment contenant pour être autoréférentiel » (Campéon, 2016, p.14). La *solitude sociale* peut ainsi résulter, d'une part d'un choix personnel, d'une recherche, et être, d'autre part, le résultat de circonstances qui obligent la personne à subir cette expérience de *solitude* (Campéon, 2016 ; Serres, 2016).

La *solitude sociale* est à distinguer de la *solitude affective*. La *solitude affective* se caractérise par le ressenti d'une absence de personnes de confiance proches (Wettstein et al., 2014 ; Berger & Luckmann, 1986 ; Cacioppo & Patrick, 2008 ; De Kermadec, 2017). Elle pourrait aussi se traduire par un *sentiment de manque* (Campéon, 2016), de ne pas pouvoir rencontrer des personnes dont l'individu sent qu'il a besoin (Élias, 1998), ainsi qu'un sentiment d'insatisfaction face à la qualité des relations (Campéon, 2016). Le ressenti de la *solitude affective* peut aussi se traduire par une sensation d'exclusion (De Kermadec, 2017), notamment par le fait de ne pas se sentir écouté ou entendu (De Kermadec, 2017). Ce ressenti se trouve à la base d'une souffrance et d'un vide relationnel et affectif (De Kermadec, 2017).

Le concept de *solitude affective* est donc chargé de l'idée de *sentiment*, ou de *sentir*, qui est donc une expérience très subjective mais qui peut désigner « une prise de conscience immédiate, sans intermédiaire, sans distance, des choses et de nous-même ; l'objet du sentiment est toujours ce qui nous touche. À partir de là, sentiment signifie conscience » (Encyclopédie Universalis, 2019, p. 1). Cette prise de conscience fait donc partie de l'expérience d'un *sentiment de solitude*, et place cette notion de *solitude affective* dans une approche plutôt psychologique, en lien avec une diminution, voire une perte, perçue dans la qualité des relations.

Dans les deux cas, celui de la *solitude sociale* et celui de la *solitude affective*, une partie de leur signification pourrait résulter d'une diminution non recherchée du réseau social, donc, en quelque sorte, subie et non-intentionnelle (Campéon, 2016 ; Serres, 2016). Il serait alors possible de comprendre le vécu de ce sentiment comme une souffrance interne et une expérience de détresse, négative et indésirable, qui peut être éprouvée par l'individu en dépit d'un bon réseau social (Luanaigh & Lawlor, 2008; VanderWeele, Hawkey & Cacioppo, 2012; Campéon, 2016 ; De Kermadec, 2017). Le *sentiment de solitude* traduirait ainsi un ressenti, subjectif, compliqué à identifier et à cerner, que l'individu éprouve lorsque la qualité des relations n'est pas satisfaisante (Vandenbrouke et al., 2012; VanderWeele, Hawkey & Cacioppo, 2012; Rompaey, 2003 ; Weber et al., 2016; Elias, 1998 ; De Kermadec, 2017).

L'expérience d'un *sentiment de solitude* serait donc influencée en partie par la quantité de rapports sociaux, mais surtout par la qualité de ces derniers, et ceci dans un contexte et une histoire de vie personnelle qui augmenterait davantage la part de subjectivité liée au vécu du *sentiment de solitude* (De Kermadec, 2017). Ceci reviendrait à dire que le fait d'être seul ou en état de *solitude sociale* choisie, ne conduirait pas forcément à un *sentiment de solitude* et il n'existerait pas un lien systématique entre les deux (Van de Velde, 2011; Pan Khé Shon, 2003). Au contraire, lorsque la *solitude sociale* est non choisie ou subie, elle "ouvrirait le chemin" à l'éventualité d'une *solitude affective*, et d'un *sentiment de solitude*. Les relations entre ces différentes notions peuvent être schématisées par le diagramme présenté dans la Figure 2 ci-dessous.

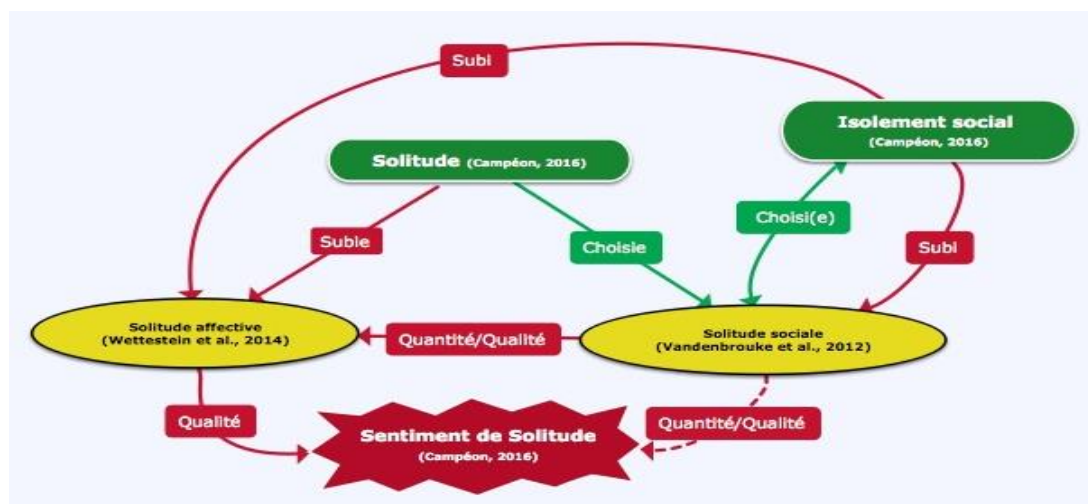


Figure 2 : Le sentiment de solitude. Source : Schéma créé par les auteurs de ce travail de Bachelor.

En résumé, la *solitude sociale* et l'*isolement social*, sont surtout caractérisés par la quantité des relations, alors que la *solitude affective* est en premier lieu caractérisée par la qualité des relations. Ces dimensions peuvent être croisées, car on peut vivre une *solitude affective*, avec ou sans *isolement social*, et, à l'inverse, l'*isolement social* peut – ou non – amener à une *solitude affective*.

La perte de relations significatives de qualité, se trouve donc au centre de cette définition du *sentiment de solitude*. Il est possible qu'une personne qui possède beaucoup de contacts sociaux mais peu significatifs, peut malgré tout faire l'expérience d'un *sentiment de solitude*. Sur ce point, approcher donc "l'essence" d'un *sentiment de solitude* c'est aussi partir à la découverte d'une expérience complexe, profondément personnelle et unique chez un être humain, et qui peut prendre forme à partir de nombreux contextes (Campéon, 2016). Pour avoir une meilleure idée de la complexité d'un *sentiment de solitude*, il semble dès lors intéressant de l'observer au prisme de différentes disciplines qui l'ont étudié, telles que les neurosciences, les sciences sociales, l'anthropologie, la psychanalyse entre autres.

### **2.3.1. Différents regards disciplinaires du sentiment de solitude**

Selon Lalive d'Epinay et al. (1992), dans leur ouvrage collectif et pluridisciplinaire concernant l'expérience du *sentiment de solitude*, la **biologie** mène à intégrer les notions de *processus d'individuation* et de *patrimoine héréditaire* dans le champ de réflexion autour du *sentiment de solitude*. Ainsi, l'enfant reçoit de ses parents un patrimoine héréditaire qui lui donnera des traits communs à tous les êtres humains, mais en même temps dote l'enfant de « traits individuels dont certains modèleront ses dispositions physiques et psychiques, ses prédispositions à certaines maladies, et influenceront ses attitudes face à la vie et face à la vieillesse » (Lalive d'Epinay et al., 1992, p.162). Ces facteurs font que chaque personne est singulière et unique dans sa façon de vivre les circonstances et les événements.

La **sociologie**, quant à elle, met l'accent sur la prédominance de l'*individualisme* dans la société, qui aurait évoluée d'une sorte de « solidarité communautaire vers une multitude d'individualismes » (Campéon, 2016, p.12). Cette prédominance fragilise le lien social, et selon Van de Velde (2011), semble s'élargir à l'ensemble de la société, jusqu'au point où cela serait devenu un état normatif de l'individu contemporain (Klinenberg, 2012). Cette réalité semblait inquiéter déjà les sociologues comme Lalive d'Epinay et al. (1992) qui mettent en avant le fait que l'individu est « de plus en plus délié du social, du collectif, (...) et exacerbe le sentiment de singularité associé à

l'individu » (p.162) en le forçant presque à s'isoler et à s'éloigner de l'aspect social (Lalivé d'Epinaï, 1989). Selon ce même auteur, « par ses pratiques et par ses valeurs, la civilisation occidentale moderne rend particulièrement aigu le fait que l'individu est, en dernière instance, seul devant les grands choix et dans les moments cruciaux de la vie » (Lalivé d'Epinaï et al., 1992, p.162). Cela tend donc à exacerber le *sentiment de solitude* (Ehrenberg, 2000 ; Elias, 1998). Il est donc possible d'imaginer que dans le contexte particulier d'une société où l'*individualisme* semble la norme, les personnes âgées soient aussi de plus en plus "obligées" à vivre dans une sorte "d'isolement forcé", ce qui peut créer des conditions amenant à l'expérience du *sentiment de solitude*.

Un autre élément, mis en avant par des sociologues, est le concept d'*étrangeté à soi et au monde* en tant que mécanisme de production de la *solitude* (Campéon, 2016). Selon Caradec (2007), l'*étrangeté* se résume par le sentiment que les personnes très âgées peuvent avoir de ne plus reconnaître le monde dans lequel elles évoluent, car il change trop rapidement. Cela pourrait être associé à une « forme de détachement et de désajustement radical, celle de son identité et des rôles qui, jusque-là, rattachaient l'individu à la société » (Campéon, 2016, p.13). La personne âgée est donc confrontée à une forme de désajustement d'éléments qui jusqu'alors donnaient du sens à sa manière de vivre face au monde (Martucelli, 2002), et qui donnaient d'une certaine manière du sens à son « existence socialisée » (Campéon, 2016, p.13). Cette forme de privation serait aussi associée à un sentiment de manque (Elias, 1998), surtout lorsque la personne âgée est confrontée à des situations de crise et n'arrive pas à « trouver d'aide satisfaisante pour résoudre le problème, surmonter la crise ou combler le manque, ni dans son entourage, ni en soi-même » (Lalivé d'Epinaï et al., 1992, p.172).

Au travers de leurs études et l'analyse de l'univers du quotidien des personnes, **l'ethnologue et l'anthropologue**, avanceront surtout la *surmodérnité* en tant qu'élément générateur « des expériences et des épreuves très nouvelles de solitude » (Augé, 1992, p.117). La *surmodérnité* se caractérise par une surabondance, ou excès, d'événements, qu'Augé (1992) associe surtout à des événements historiques. Mais la *surmodérnité* concerne aussi une surabondance dans l'espace associée au fait que l'homme puisse se déplacer de plus en plus vite, ainsi qu'à l'envahissement d'images et d'information presque omniprésentes par les moyens de communication tels que la télévision ou les smartphones par exemple (Augé, 1992, 2010). L'Homme vit donc une surcharge au niveau des événements et au niveau de l'espace qui l'empêchent

finalement "d'occuper" pleinement l'espace physique dans lequel il se trouve (Sà, 2014). Pour Sà (2014), les espaces physiques deviennent des moyens qui favorisent l'interaction avec un espace virtuel qui fait que l'homme ne soit pas toujours là où il se trouve physiquement (Sà, 2014), et donc « décentré de lui-même » (Augé, 2010, p.171). Les interactions vécues dans ces espaces, appelés aussi des *non-lieux*, seraient donc considérées comme des *relations de solitude* (Sà, 2014), dans un espace qui favorise l'*anonymat* (Sà, 2014) et "l'accélération du temps" dans le but de « donner la possibilité à chacun de faire le plus de choses dans le moins de temps possible » (p.214). Ces espaces de *non-lieux* s'opposent au *lieu anthropologique* où il serait possible de « lire les inscriptions du lien social » (Augé, 2010, p.172), c'est-à-dire où il serait possible d'expérimenter le lien social significatif favorisant le sentiment identitaire et donc d'existence.

La pensée **philosophique** avance le fait que la solitude est une *catégorie de l'être* (Lévinas, 1983), c'est-à-dire qu'elle fait partie de la condition humaine (Campéon, 2016). Toutefois, Quentin (2016) met en avant la pensée d'Aristote selon laquelle il ne serait pas « dans la nature de l'homme de vivre seul » (p.68), car il est « par nature un animal politique » (Aristote, cité par Quentin, 2016, p.68) qui ne peut s'accomplir tant qu'il ne peut pas « participer au destin de sa société sous la forme de la participation démocratique » (Aristote, cité par Quentin, 2016, p.68). Dans ce dernier cas l'homme se trouverait dans une condition de *hors cité* (Quentin, 2016). Selon cette idée, le fait de ne pas pouvoir s'investir dans une vie sociétale qui finalement donne du sens à l'existence de la personne, fait que la personne âgée soit conduite à une forme de « « déréalisation » de l'individu, c'est-à-dire une chute dans l'intensité de la conscience de soi et de la confiance en ses possibilités » (Quentin, 2016, p. 69). Finalement, « être hors cité », c'est perdre la boussole, perdre le lien qui nous reliait au passé (le « lignage »), perdre ce qui structurerait notre vie (la « loi ») et qui nous ramenait aussi au stade familial (le « foyer ») » (Quentin, 2016, p.69).

L'expérience de se retrouver *hors cité* peut donc s'associer à l'expérience des personnes âgées en général, qui souvent par force de circonstances se retrouvent face à une *solitude forcée*, et du coup aussi face à un risque de perdre « la boussole » (Quentin, 2016, p.69). Ainsi, « l'homme qui a vécu au sein d'un monde commun et qui par les circonstances est contraint à la *solitude* va progressivement s'atrophier » (Quentin, 2016, p.70).

Revenant à la question de savoir si finalement la *solitude* fait partie de l'essence de l'homme ou pas, Quentin (2016) affirme que « L'homme a le besoin vital d'aller de situations d'intimité à des situations socialisées » (p.70). Il s'agit donc de trouver un équilibre entre les deux extrêmes car si c'est le fait de vivre *en cité* qui donne à l'homme son statut (Aristote, cité par Quentin, 2016), celui-ci reste cependant une *entité individuelle*, un *monde* à lui seul. C'est ce qui a été mis en avant par Lalive d'Epinay et al. (1992), qui soutient son approche sociologique par la pensée philosophique (utile pour ce travail de revue de littérature) selon laquelle la formation de l'identité individuelle se produit au cours d'un « processus de différenciation qui conduit à une dialectique entre la conscience de la *singularité* et celle de l'*appartenance* » (italique notre, p.162). Cette singularité de soi permet à l'individu de se distinguer des autres mais comporte aussi un risque de *solitude* (Lalive d'Epinay et al., 1992), même si celle-ci fait finalement partie de la condition humaine (Campéon, 2016).

En ce qui concerne les **sciences psychologiques**, telles que les neurosciences et la psychanalyse, la thématique de la *solitude* ne faisait pas partie des préoccupations de la plupart des psychanalystes avant les années 1960 (à part Winnicott) (De Kermadec, 2017). De nos jours, au contraire, la *solitude* semble même apparaître comme « le fléau du monde contemporain occidental » (De Kermadec, 2017, p.75). Dans le cadre des neurosciences en particulier, les études de Rizzolatti, Fadiga, Gallese et Fogassi (1996) révèlent l'existence de neurones capables de provoquer des comportements d'imitation chez les humains. Cependant l'activité de ces neurones semble aller plus loin qu'une simple imitation de comportements. En effet, il serait aussi question d'imiter l'intention finale du geste (Rizzolatti & Craighero, 2004). Ces neurones particuliers sont connus sous le nom de *neurones miroirs* (Rizzolatti et al., 1996). Selon les études de Meltzoff et Moore (2005), ces neurones sont déjà actifs dans le cerveau des bébés de 18 mois qui ne se contentent pas d'imiter un geste de leurs parents mais aussi d'imiter l'intention finale. Dès lors, l'hypothèse avancée est que l'enfant « n'imité pas une représentation, mais un dessein » (De Kermadec, 2017, p.80), et que l'enfant comprend l'intention derrière les actions. Ainsi, Meltzoff et Moore (2005), ainsi que Rizzolatti et al. (2016), ont mis en évidence le processus d'imitation qui lie les enfants à leurs parents, ainsi que l'importance de leur rôle actif.

La découverte des neurones miroirs a été considérée comme la « nouvelle la plus importante de la décennie » (De Kermadec, 2017, p.81) et son importance pour la psychologie est comparable à la découverte de l'ADN pour la biologie, car elle a

apporté « un cadre solide et unifiant pour aider à expliquer un grand nombre de dispositions mentales » (Ramachandran cité par De Kermadec, 2017, p.81). La découverte des neurones miroirs soutien l'importance d'une présence aimante et active des parents dans le développement de l'enfant (De Kermadec, 2017).

Dans la **psychanalyse**, le processus de développement de l'enfant, le *sentiment de solitude* est à mettre en relation avec *l'angoisse de séparation* (De Kermadec, 2017). Pour Freud, cette expérience est à la source de toute douleur psychique (cité par De Kermadec, 2017), et serait « à la base du plus grand nombre de troubles pathologiques, et à l'origine de beaucoup de maladies psychosomatiques » (p.163). L'angoisse de séparation « apparaît lorsque l'enfant prend conscience qu'il existe en tant qu'être seul, différent et unique par rapport à sa mère et au monde, et que sa mère et les autres sont différents de lui. » (De Kermadec, 2017, p.162). Pour Freud (De Kermadec, 2017), cette angoisse « originelle ne disparaît jamais » (p.162), et serait en lien avec « la conscience qu'acquiert l'individu tout au long de sa vie du caractère éphémère des affections, et du sentiment douloureux que cette expérience engendre » (De Kermadec, 2017, p. 162).

La notion de *séparation* se trouve également chez Anzieux (1995), dans sa théorie du *Moi Peau* qui souligne l'idée de *peau commune* entre l'enfant et sa figure maternelle jusqu'au moment où l'enfant prend conscience que lui et sa figure maternelle sont deux entités différentes qui peuvent être séparées. Le sentiment de sécurité dans ce cas se construit autour du retour de la figure maternelle afin de répondre ou anticiper les besoins de l'enfant (Anzieux, 1995).

L'*angoisse de séparation* serait donc surtout vécue en lien avec une personne significative pour l'enfant, c'est-à-dire sa *figure d'attachement* (Bowlby, 2002). La *figure d'attachement* désigne une personne qui confère à l'enfant une base sécuritaire, ce qui constitue un point de repère sur lequel il pourra croître et s'autonomiser (Merinfeld, 2005). Ce terme désignerait aussi « le comportement de l'individu cherchant à se rapprocher d'une personne en particulier » (De Kermadec, 2017, p.162). Cette recherche « est une composante du sentiment de solitude » (De Kermadec, 2017, p.162), qui se manifeste jusqu'à la fin de la vie (De Kermadec, 2017). Selon De Kermadec (2017), *l'angoisse de séparation* « ressurgit dans la vie adulte, de façon inconsciente, dès qu'un individu a le sentiment que la relation affective qu'il entretient avec une personne à qui il tient risque d'être brisée » (p.162).

Selon Bowlby (2002), la personne est dès sa naissance animée de cette recherche de relations avec son environnement. L'enfant à qui aura manqué « l'amour maternel et/ou les liens normaux au groupe dont il fait partie risque d'être inadapté et vivra avec, au fond de lui, un profond sentiment d'insécurité » (De Kermadec, 2017, p.163). Ce *sentiment d'insécurité* « peut se traduire par l'impression d'être mal compris, mal accepté, mal aimé et qui procure alors un sentiment douloureux de solitude » (De Kermadec, 2017, p.177). Il est dès lors important de tenir compte de l'effet de l'environnement sur le développement de l'individu et de se poser la question d'une éventuelle carence affective lors de la petite enfance, dans la réponse au besoin d'attachement.

La qualité des liens contractés pendant l'enfance déterminera d'une certaine façon la qualité des relations ainsi que son rapport à *l'angoisse de séparation* (De Kermadec, 2017). La notion d'*attachement* devient alors « la base même de l'intelligence relationnelle et émotionnelle » (De Kermadec, 2017, p. 168). En fait, selon De Kermadec (2017) :

« L'individu inadapté du fait des carences de sa petite enfance, qui a tendance à se replier sur lui-même, se verra pénalisé dans ses rapports avec la société, et s'il choisit de s'isoler pour se protéger d'elle, il ne pourra qu'éprouver sa solitude comme une extrême souffrance, aggravée par le sentiment d'être incompris et rejeté » (p.169).

Il semblerait que la relation entre le bébé et le parent détermine d'une certaine manière la qualité de ses relations futures. C'est là que les travaux de Winnicott (1947) concernant la relation mère-enfant (la *mère suffisamment bonne*) sont intéressants pour approcher le processus qui conduit au vécu d'un *sentiment de solitude*. Selon Winnicott (1956), le processus de capacité à être seul se vit en trois temps. Tout d'abord il y a le *Je*, « unité formée à partir du moi-noyau » (Agostini, 2005). Deuxièmement c'est le *Je suis*, qui décrit une posture de « sans défense, vulnérable » (Agostini, 2005, p.5), et qui laisse la place à *Je suis seul* qui est « l'état atteint à partir de la conscience précocement acquise d'une mère sur laquelle le bébé peut compter » (Agostini, 2005, p.5). Ce dernier reflète donc « l'existence ininterrompue d'une mère fiable : le sujet peut se fier à elle sans avoir à en prendre conscience » (Agostini, 2005, p.5). Finalement, c'est donc une sécurité affective qui se forge pendant les premières années de vie de l'enfant, et qui peut constituer « un cadre protecteur contre l'émergence du sentiment de solitude » (Campéon, 2016, p. 12). Selon Winnicott (1951, cité par Agostini, 2005), si l'expérience de la *mère suffisamment bonne* est



insuffisante, la capacité d'être seul n'advient pas, car l'état de *solitude* « implique pour advenir en « capacité d'être seul », le préalable paradoxal d'une présence pouvant être « trouvée-crée » » (p.5), car afin qu'un *objet* puisse être crée, il faut qu'il puisse être trouvé et soit déjà là.

La Figure 3 ci-dessous synthétise sous forme schématique les liens entre le *sentiment de solitude* et les différents concepts évoqués ci-dessus, qui peuvent jouer un rôle dans la compréhension de celui-ci dans le contexte de l'expérience de chaque personne.

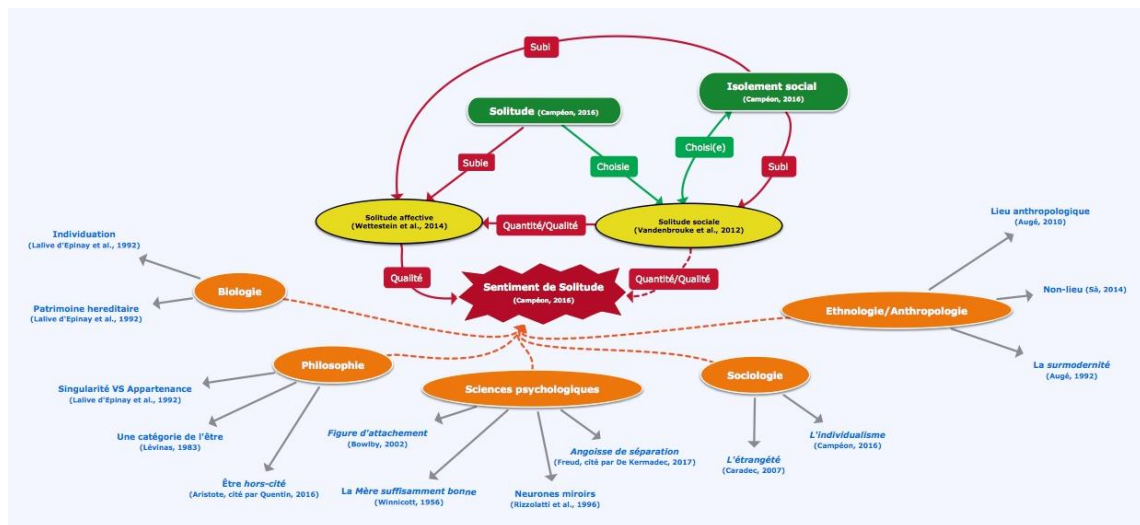


Figure 3 : Le sentiment de solitude et sa complexité. Source : Schéma crée par les auteurs de ce travail de Bachelor.

### 2.3.2. Les conséquences de la solitude affective/ du sentiment de solitude

Après avoir approché la complexité du *sentiment de solitude*, il est également important aussi de se pencher sur quelques-unes de ses possibles conséquences, ainsi que l'impact sur la vie de la personne et sur la société. Le *sentiment de solitude* n'est pas un sujet anodin. Il ne concerne pas seulement les personnes âgées mais aussi toute personne qui au long de sa vie fait l'expérience de perdre des relations de qualité sans pouvoir y faire face.

Selon De Kermadec (2017), le *sentiment de solitude* serait considéré par la médecine sociale comme un enjeu majeur de santé publique. En France, il a même été identifié comme une « grande cause nationale » (Campéon, 2016, p.12). Selon Fondation de France (2013), il serait question d'une progression de ce sentiment, au point qu'il

devienne un état normal de l'individu contemporain (Klinenberg, 2012). L'impact du *sentiment de solitude* ne doit donc pas être ignoré et sous valorisé. De plus, différentes études (Cacioppo & Patrick, 2008 ; De Kermadec, 2017) ont pu mettre en évidence les liens entre certaines pathologies cardiovasculaires, immunitaires et psychologiques ainsi que l'état de *solitude* de ceux qui en souffraient. Cacioppo et Patrick (2008), ont pu mettre en évidence l'importante influence du contexte social et des relations d'un individu avec le réseau social ainsi que l'impact important qu'un dysfonctionnement de ces relations peut avoir, et qui peut aller jusqu'à affecter la réplication de l'ADN. Ce raisonnement l'a conduit à poser la définition d'un syndrome, celui de *solitude chronique* (Cacioppo & Patrick, 2008).

Le sentiment subjectif de *solitude* parviendrait, à lui seul, à perturber les perceptions, l'attitude, et à abréger l'espérance de vie (Cacioppo & Patrick, 2018 ; De Kermadec, 2017), à mettre en lien avec un mauvais état de santé général et un déclin de la santé plus rapide (Beal, 2006; Buchman et al., 2010; Thurston & Kubzansky, 2009 ; Cacioppo & Patrick, 2008). Selon Hazif-Thomas (2014), le *sentiment de solitude* chez la personne âgée augmenterait le risque de souffrir d'un état dépressif et aurait même un lien avec le risque suicidaire. De nombreux auteurs ont documenté les liens entre *solitude* affective et dépression, (Beal, 2006 ; Buchman, Boyle, Wilson, James, Leurgans, Arnold & Bennett, 2010 ; Gerst-Emerson & Javawardhana, 2015 ; Thurston & Kubzansky, 2009). Par conséquent, la *solitude* est en lien avec une augmentation des coûts de la santé, tant individuels que collectifs (Gerst-Emerson & Javawardhana, 2015).

Dès lors, le *sentiment de solitude* constitue donc une préoccupation essentielle dans la santé communautaire puisqu'il possède d'étroites connexions avec la santé physique et psychique, mais aussi avec les dynamiques sociales et l'équilibre émotionnel. Il influence de manière singulière la qualité de vie et le bien-être des personnes âgées.

### **2.3.3. Faire face au sentiment de solitude**

La question de savoir comment aider les aînés à faire face au *sentiment de solitude* a été au centre de certaines recherches. Selon Winstead, Cotten, Berkowsky et Anderson (2014) par exemple, la participation de personnes âgées à des activités avec des personnes du même âge, serait liée à une diminution du *sentiment de solitude* chez les participants. L'interprétation proposée par les auteurs pour expliquer ce résultat renvoie au fait de former des alliances et une identité de groupe serait un

élément clé pour construire de nouvelles relations et ainsi garder de bonnes relations dans la communauté.

Pour Cattan, Newell, Bond et White (2003), les personnes âgées auraient un réel besoin de réciprocité dans le support social. Elles auraient également une préférence pour recevoir par exemple la visite de quelqu'un appartenant à la même génération qu'elles, avec des intérêts et une culture commune. Ces différents éléments pourraient ainsi favoriser le partage d'expériences et créer un sentiment d'appartenance ainsi qu'une bonne estime de soi, agissant de cette façon à diminuer le *sentiment de solitude* chez les personnes âgées (Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkälä, 2010).

Pour la Fondation de France (2012), l'idéal est de travailler le tissu social et permettre à la personne de pouvoir apporter quelque chose à la société ainsi que de remplir un rôle qui puisse satisfaire son sentiment "d'être utile" et de s'opposer à ce que Le Blanc (2009) appelle la forme la plus ultime de rejet, celle de *l'invisibilité sociale*.

Même si les tentatives d'objectiver le vécu du *sentiment de solitude* restent nombreuses, celui-ci reste néanmoins un ressenti subjectif. Les expériences et les individus ne sont pas comparables car celles-ci sont toutes aussi singulières les unes que les autres. Au cours de leur histoire de vie ainsi que dans l'interprétation et la gestion de la situation traversée les individus réagiront différemment. Tel est aussi le cas pour l'expérience du *sentiment de solitude*. Il est alors intéressant de se demander comment les individus décrivent leur expérience du *sentiment de solitude*. Pour répondre à cette question, la présente revue de littérature vise à comprendre et identifier de quelle manière le *sentiment de solitude* est perçu par la personne âgée. La compréhension de ce vécu pourra permettre de mieux accompagner une personne faisant l'expérience d'un *sentiment de solitude*. La compréhension du vécu individuel permettra de proposer un soin individualisé et de favoriser le bien-être de la personne âgée.

### 3. CADRE THÉORIQUE INFIRMIER

La base du soin se trouve dans la relation soignant-soigné (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013). C'est par la relation que le soignant entre dans le monde du soigné. Dès lors, plus cette relation est de qualité, plus le soin sera de qualité (Newman, 2008). Le besoin d'une relation de qualité semble être au cœur des préoccupations des personnes manifestant un *sentiment de solitude*, et semble aussi être au cœur du soin selon la vision de Newman (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013), et ceci par le biais d'une présence dite authentique, en d'autres termes, qui se veut vraie (Newman, 2008).

#### 3.1. Modèle théorique : *La santé comme expansion de la conscience*

Les soins infirmiers sont une discipline qui s'oriente vers une pratique professionnelle et qui s'est intéressée, au fil du temps, à la compréhension de quatre concepts clés appelés des *metaconcepts* : le *soin*, la *personne*, l'*environnement* et la *santé* (Pepin et al., 2010). Ces quatre concepts constituent l'essence ou la substance (Schwab, 1962) et les fondements de la pensée infirmière.

Malgré le caractère assez jeune de la profession infirmière (fin du XIXe siècle), celle-ci s'est développée depuis ses débuts en une pensée ouverte et intégrative vis-à-vis des connaissances de son temps. Cette ouverture l'amena à s'appuyer sur d'autres disciplines pour mieux comprendre les différents phénomènes étudiés et pouvoir répondre à des questions comme : De quelle manière définir la personne ? Quel est le sens de prendre soin et comment s'inscrit-il au sein d'une relation ? Quelle influence ou conséquence peut avoir le contexte et l'environnement sur le vécu d'un individu ? De quelle manière pourrions-nous définir la santé ? Finalement, ce n'est pas par hasard que la pensée infirmière s'est construite autour des concepts de *santé*, *environnement*, *personne* et *soin*. En effet, parmi toutes les notions ou concepts imaginables, les quatre *metaconcepts* (personne, environnement, santé et soin) sont les plus présents dans le questionnement infirmier, et ce depuis ses débuts (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010). Ils enrichissent l'ensemble de la conception de la discipline infirmière.

Les significations des quatre concepts (*santé*, *environnement*, *personne* et *soin*) ont évolué au fil du temps, très souvent en lien avec de nouvelles découvertes ou adaptées à partir de différentes approches dans d'autres disciplines telles que la

physique, la sociologie, la psychologie, l'épidémiologie ou encore la médecine. Cette avancée en parallèle a offert à la discipline infirmière un caractère d'ouverture sur le monde dans lequel elle évolue. La profession infirmière a donc depuis ses débuts cette vocation d'accompagner l'objet de son intérêt, l'Être Humain.

Dans l'intérêt de clarifier la pensée infirmière, une structure de la discipline infirmière est proposée à travers la hiérarchie des connaissances selon Fawcett et Desanto-Madeya (2013), qui permet de situer les différentes composantes, selon leur niveau d'abstraction, comme le montre la Figure 4 ci-dessous.

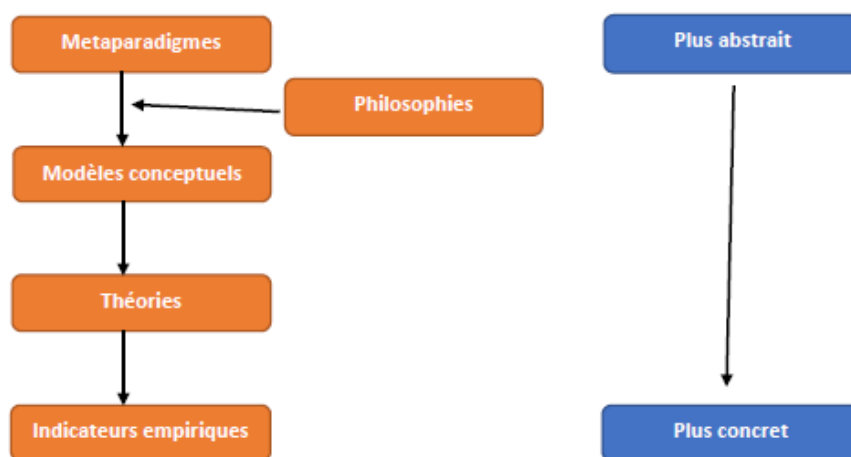


Figure 4 : Hiérarchie des connaissances. Source : Fawcett et Desanto-Madeya, 2013, p. 4.

Selon cette structure, plus une idée est proche du concret, c'est-à-dire empirique, plus elle sera située vers le bas de la hiérarchie. En revanche, si une idée est plutôt abstraite, générale et dont le potentiel de mise en pratique sera moins concret, alors elle sera située vers la partie haute de la structure. Cette approche schématique de la pensée infirmière permet de comprendre le degré d'applicabilité d'une idée et aussi de mesurer de quelle manière une conception plus abstraite pourra répondre aux besoins d'une pratique infirmière dite "de terrain".

C'est ainsi qu'en s'intéressant à des phénomènes de santé (notamment l'expérience des personnes à l'annonce d'un diagnostic, la fatigue, le confort, le *sentiment de solitude*, etc.), et portée par sa perspective unique de l'Humain, que la discipline infirmière a pu développer ses propres théories (Donaldson & Crowley, 1978). Ceci dans le but de faire avancer les connaissances pour la pratique et de renforcer la contribution de la pratique infirmière à la santé de la population (Pepin et al., 2010).

La confrontation des valeurs proposées dans différents paradigmes infirmiers (la pensée qui est à la base des activités de l'infirmière) permet de mettre en évidence la pertinence d'une approche centrée sur le paradigme *unitaire-transformatif* proposé par Newman, Smith, Pharris, & Jones (2008). Le paradigme *unitaire-transformatif* amène l'infirmier à considérer chaque phénomène comme étant vécu de manière unique et imprévisible, et en même temps à tenir compte de sa complexité et constante évolution (Newman et al., 2008). Selon cette perspective, l'infirmier est capable d'accueillir le *sentiment de solitude* vécu par la personne dans toute sa complexité et de tenir compte de son caractère unique et marqué par une individualité dont il faut tenir compte pour être capable de proposer des soins qui aient du sens pour la personne. Ainsi, le soignant se présente accueillant et ouvert devant le vécu et le ressenti du patient, ce qui l'inscrit dans le paradigme *unitaire-transformatif*.

À l'intérieur des différents paradigmes il est aussi possible d'identifier différentes écoles ou courants de pensée : l'école des *besoins*, l'école de l'*interaction*, l'école des *effets souhaités*, l'école de l'*apprentissage de la santé*, l'école des *patterns* et l'école du *caring*. Parmi ces écoles proposées par Meleis (2012), ainsi que celles proposées par Pepin et al. (2010), l'école de pensée utilisée dans le présent travail est l'école des *patterns*. L'école des *patterns* est influencée par le changement de vision de la discipline infirmière, apporté par Martha Rogers dans les années 1970, qui a aussi été inspiré par d'autres disciplines telles que la philosophie, la physique et la psychologie (Pepin et al., 2010). Cette école de pensée suggère de considérer l'Être Humain non pas en tant qu'être bio-psycho-social et spirituel (considéré comme un être séparé en différentes parties délimitées), mais comme un Être entier, c'est-à-dire, *unitaire* et *indivisible* (Pepin & Cara, 2001). La vision unitaire apportée par Rogers voit l'être humain différent de la somme de ses parties et plus grand que celle-ci (Rogers, 1970, 1983, 1990), tout en prêtant attention aux *patterns*, ou modes de fonctionnement uniques qui caractérisent chaque individu (Pepin et al., 2010). Pour Rogers, la personne est un système ouvert, un *champ d'énergie* qui change continuellement, caractérisé par des *patterns* ou modes de fonctionnement uniques et qui interagit constamment avec l'environnement (Rogers, 1970, 1983, 1990). Rogers choisira donc l'expression *être humain unitaire*, et mettra en avant l'idée selon laquelle la santé et la maladie sont des expressions du processus de vie qui ne sont ni opposées, ni divisées (Pepin et al., 2010). Le but visé des soins est de promouvoir le bien-être ou l'harmonie de toute personne quel que soit le contexte dans lequel elle vit, en mettant l'accent sur la singularité de chaque individu face au même phénomène (Pepin et al., 2010).

La pensée de Martha Rogers (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013) va inspirer Margaret Newman qui proposera une théorie de la santé comme *l'expansion de la conscience* (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013), dans laquelle la santé est vue comme la réalisation continue de soi en tant qu'*être humain unitaire*, et y intègre la maladie, comme faisant partie du processus *d'expansion de la conscience* et donc, du changement (Pepin et al., 2010).

Dès lors, la théorie de la *santé comme expansion de la conscience* de Newman, s'entend tout d'abord comme un processus dont le but est de permettre à la personne de devenir *soi-même*, tout en donnant davantage de sens à sa vie et en même temps d'atteindre un degré supérieur de *connexion* avec les autres personnes (Newman, 1997). Le rôle infirmier se manifeste par une *présence authentique*, dite vraie, sans jugement et sans volonté de résolution immédiate, afin d'accompagner le patient à donner un sens à son vécu (Newman, 1997). Cette approche invite donc l'infirmier à adopter une posture ou présence sans préjugés et sans jugements. L'infirmier devrait adapter son action en fonction de la personne soignée. Pour aller plus loin, cette approche propose à l'infirmier de ne pas identifier d'hypothèses diagnostiques infirmières, excepté dans le cas où le diagnostic représente une plus-value pour la personne à l'identification de ses propres *patterns* (Newman, 1995). Cette approche propose essentiellement d'aller à la rencontre de l'autre. Elle incite le soignant à découvrir la personne soignée et à mettre en lumière ce qui est véritablement important pour cette dernière (Newman, 2008). Cela implique évidemment de s'intéresser au vécu de la personne en tant qu'individu singulier, avec une histoire qui lui est propre et qu'il convient d'appréhender sans *a priori*. Cette approche correspond adéquatement à une approche de nature phénoménologique. En effet, dans un paradigme naturaliste, sur lequel se fonde une démarche de recherche qualitative l'objectif étant de décrire des réalités multiples, sans objectifs de généralisation à une réalité unique, ce qui correspond bien au modèle proposé par Newman.

La théorie de *l'expansion de la conscience* de Margaret Newman, considérée comme étant une *grande théorie* (Fawcett & Desanto-Madeya, 2013), se place à un niveau d'abstraction assez élevé, et apporte des éléments de réflexion pertinents pour comprendre les processus qui mènent à l'émergence du *sentiment de solitude*, ainsi qu'à la prise en soins de la personne faisant l'expérience de ce sentiment. Le niveau d'abstraction convient donc afin de permettre une approche la plus ouverte possible sur le phénomène du *sentiment de solitude*. Malgré cette caractéristique abstraite, il

serait toutefois possible de fournir une description et de comprendre les processus sous-jacents à ce phénomène (Meleis, 2012).

### 3.2. Metaconcepts

Dans la théorie de Newman, le *caring* (la prise en soins) est lié à une conception de la santé qui va au-delà de la maladie (Newman, 2008), et qui rejoint la définition de l'OMS dans ses actes fondateurs :

« La santé est définie, non pas d'une façon négative ou étroite, comme consistant en l'absence de maladie ou infirmité, mais d'une façon positive et large, comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social », dont la possession devrait faire partie de l'héritage légitime de « tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1946, p.16)

Newman désigne le *caring* dans l'expérience humaine comme le focus de la discipline et du paradigme infirmier. Les *metaconcepts* de *personne*, *d'environnement*, *de santé* et *de soin*, sont inhérents à ce focus (Aligood & Tomey, 2010). S'identifiant au paradigme unitaire-transformatif, Newman ne voit pas ces concepts de manière isolée. Cependant, pour elle ce qui doit concerner l'infirmier c'est la santé des personnes en interaction avec l'environnement (Newman, 1986), ce qui veut dire que cette théorie se focalise surtout dans les concepts d'être humain, d'environnement et de santé. Pour Fawcett et Desanto-Madeya (2013) la proposition la plus pertinente pour le *metaparadigme* est la structuration des expériences de santé dans le contexte de l'environnement. La considération de ce dernier au sein même du phénomène du *sentiment de solitude*, permet aussi de justifier la sélection du modèle emprunté.

#### 3.2.1. La personne

Selon Newman (1994), la personne se trouve au centre du *processus transformatif*, et doit être identifiée par ses *patterns* individuels de conscience. Au sein de la relation entre le soignant et le patient, les deux individus entrent dans un *processus évolutif* dans lequel ils vont prendre ensemble conscience de l'importance de la situation actuelle de santé. La personne devient donc un *centre de conscience* (Newman, 1986). Newman va élargir le concept de personne pour également y inclure la famille et la communauté (Newman, 1994). Dans le contexte du phénomène du *sentiment de solitude*, il est donc nécessaire d'explorer le monde du patient en tenant compte de ses



modes de fonctionnement, ou *patterns*, et de la manière avec laquelle le *sentiment de solitude* se construit dans la trajectoire de vie du patient.

### **3.2.2. Le soin**

Newman met en avant l'importance d'une relation attentionnée de *caring* en vue de reconnaître (*reconnaissance*) les *patterns* qui permettraient à la personne de comprendre (*compréhension*) le sens de son expérience, d'être orientée dans le processus de santé et d'expérimenter de cette façon l'expansion de la conscience (*transformation*) (Newman, 2008). La capacité de prise de conscience des *patterns* pourra ainsi donner à la personne l'orientation vers des actions possibles, ce qui ouvre la voie de la *transformation* (Newman, 1990).

L'objectif de l'infirmier est de faciliter la reconnaissance des *patterns* par une *présence authentique*, ce qui revient à rencontrer les personnes dans leur situation, les accompagner lors de moments critiques de leurs vies en participant avec elles dans ce processus *d'expansion de la conscience* (Newman, 1999). Cette interaction entre le soignant et la personne a été illustrée par Newman (2008) (cf. Figure 5, section 3.3) et démontre le partenariat faisant évoluer les deux protagonistes au travers du processus *d'expansion de la conscience*, par les étapes de *reconnaissance*, *compréhension* et *transformation*.

### **3.2.3. La santé**

Newman décrit la santé comme le *pattern* du *tout* et elle est en essence *le tout* (Newman, 1999). Dans cette conception, être malade et être en bonne santé ne sont pas des événements que traversent les personnes de manière binaire. Ils font tous les deux partie du processus plus large *d'expansion de la conscience*. Selon Newman (2008) la reconnaissance des *patterns* est l'essence de l'émergence de la santé. Celle-ci est vue comme l'habilité de la personne à interagir avec son environnement (Newman, 1994).

La santé peut donc être vue comme un processus transformatif vers une plus grande conscience (Newman, 2008). Ce processus se veut donc dynamique et évolutif afin de donner du sens à l'expérience du *sentiment de solitude* ressenti par la personne et d'y faire face.

### **3.2.4. L'environnement**

Newman décrit l'environnement comme un *tout* plus large contenant aussi la conscience de l'individu. La personne et l'environnement sont donc considérés comme un *pattern évolutif unitaire* (Newman, 2008), dont l'interaction crée une configuration unique pour chaque individu. Selon Aligood (2018) la conscience coexiste dans l'univers et réside dans toute la matière, ce qui veut dire que la personne, lorsqu'elle prend conscience des éléments ou phénomènes de son existence, accède à un niveau supérieur de conscience, elle est donc en meilleur accord avec ce qui l'entoure. L'expérience du *sentiment de solitude* doit dès lors être considérée dans un contexte plus large et dynamique, en lien avec l'environnement, car le rapport dynamique entre les deux *champs d'énergie* qui sont la personne et l'environnement, va influencer le *processus d'expansion de la conscience* (Newman, 2008).

### **3.3. Le processus d'expansion de la conscience**

La *théorie de l'expansion de la conscience* propose une vision unitaire et holistique de la personne (Newman, 1999). Le patient et l'infirmier se trouvent dans une relation qui se veut facilitatrice de la reconnaissance des *patterns* ; *elle favorise la reconnaissance et la compréhension des phénomènes vécus*, tels que le *sentiment de solitude*, par exemple. Ceci afin d'accompagner la personne dans une prise de conscience de ses ressources en lien avec des événements importants de son histoire de vie qui l'ont confronté à des choix (le mariage, son orientation professionnelle, une situation de maladie, un conflit important, etc.). La prise de conscience des événements vécus, et de la manière dont ils ont été vécus, permettra de se questionner sur la pertinence d'utiliser les mêmes *patterns*, ou modes de fonctionnement, pour faire face au *sentiment de solitude*.

Selon Newman (2008), les rencontres entre l'infirmier et la personne sont ainsi vécues selon un rythme qui se construit autour de la capacité de la personne à reconnaître ses *patterns*, mais aussi par l'expérience d'une *présence authentique* de la part de l'infirmier (écoute, respect, non-jugement, bienveillance, par exemple). Le processus *d'expansion de la conscience* se traduit par un mouvement dynamique qui débute par la *reconnaissance des patterns*, en passant par la compréhension, ou *insight*, de la pertinence des *patterns* utilisés dans le passé, afin d'envisager leur application dans la situation présente (Newman, 2008). Cette *dynamique transformative*, facilitée par la *présence authentique* de l'infirmier aura pour objectif *l'expansion de la conscience*, de

la personne, ainsi que celle de l'infirmier (Newman, 2008). Ce processus est illustré par la Figure 5 ci-dessous.

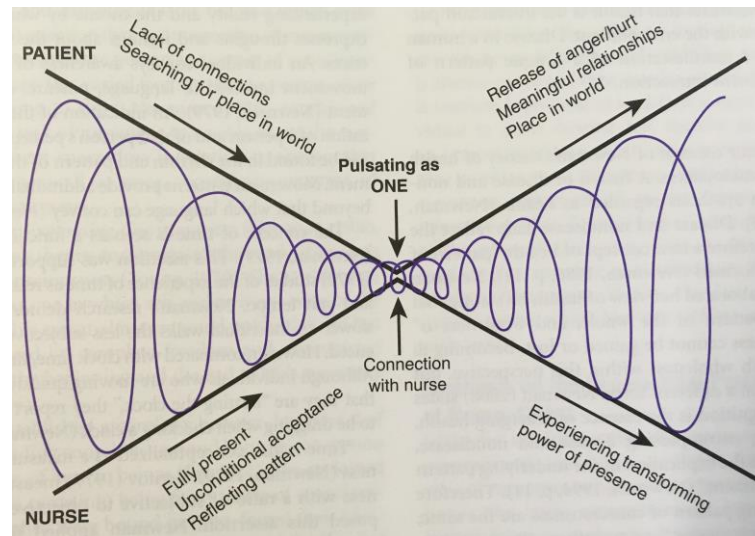


Figure 5 : Processus de reconnaissance, insight et de transformation. Source : Alligood, 2018, p.363.

Dans la théorie de Newman de l'*expansion de la conscience*, la *dynamique transformative* est alimentée par des paramètres tels que le *rythme*, le *mouvement* et l'*espace-temps*. Ces concepts sont à considérer dans la relation qui s'établit entre la personne et l'infirmier lors de leurs rencontres. C'est sur la base de cette relation que les étapes menant à l'*expansion de la conscience* seront plus facilement atteignables (*reconnaissance, compréhension et transformation*) (Newman 2008).

Pour Newman (1990), il est essentiel de comprendre la définition de *conscience* afin de comprendre aussi la théorie de l'*expansion de la conscience*. Dans la pensée de Newman, la *conscience* est définie comme la capacité que l'individu possède pour interagir avec son environnement (Newman 1990). C'est donc un rapport dynamique qui tient non seulement compte de la conscience cognitive et affective, mais aussi de l'interconnectivité de tous les systèmes vivants (Newman, 1990). Newman va encore plus loin dans sa pensée car selon elle la *conscience* est l'essence de toute création et de ce fait, l'interaction entre toutes les choses se manifeste de façon ouverte, constante, et instantanée (Newman, 1994). Ainsi, tout comme la *conscience* (connectivité) qui fait partie de toute création, la personne est *conscience* dans son essence (Newman, 1994), et même un *centre de conscience* (Newman, 1986), c'est-à-dire un centre de connectivité et de relation. Pour Newman, le niveau le plus élevé de cette *conscience* est appelé la *conscience absolue*, qui correspond à un stade dans lequel des concepts contrastés se réconcilient et fusionnent. Le mouvement et le repos fusionnent en un (Bentov, 1977). Newman compare cette expérience à l'amour qui

embrasse toute expérience de manière égale et inconditionnelle, tel que l'amour et la haine, la douleur et le plaisir, la maladie et la santé (Newman, 1994). Selon Newman, la conscience absolue équivaut donc à l'amour inconditionnel, pleinement accueillant et ouvert (Newman, 1994).

Newman s'est inspirée de la théorie des *Structures Dissipatives*, par Prigogine (1980) et de la théorie de *l'Évolution de la conscience humaine*, de Young (1976) pour appuyer sa théorie et décrire les niveaux de conscience ainsi que la dynamique du mouvement entre les différents niveaux de conscience, illustrés dans la Figure 6.

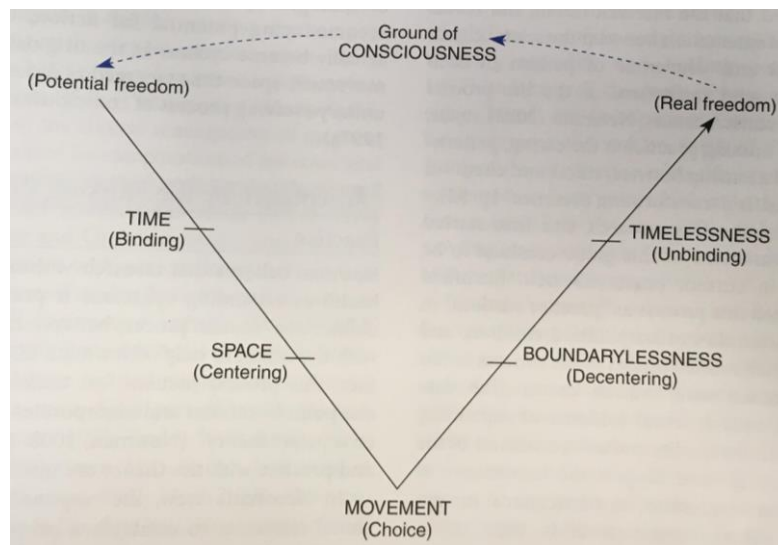


Figure 6 : Comparaison entre la théorie de Newman et les stades de l'évolution de la conscience humaine de Young. Source : Source : Alligood, 2018, p.461.

Selon la théorie de Young (1976), une personne se déplace entre les différents stades de la conscience. Dans le processus d'expansion de la conscience, la personne se verra tout d'abord confrontée à une limitation de ses anciens patterns. En effet, ceux-ci ne pourront peut-être pas fonctionner dans une nouvelle expérience car de nouveaux éléments pourront la complexifier (Newman, 1990).

La personne expérimente alors un déséquilibre et un désordre (comme lors de l'expérience d'un sentiment de solitude). Ce déséquilibre favorise un *mouvement* (ou *choix*) dans la prise de conscience de soi visant une plus grande *liberté retrouvée dans une conscience absolue* (être plus *soi-même*). La théorie des *Structures Dissipatives* de Prigogine (1980) qui a aussi inspiré Newman, met en avant le fait qu'un *système* (une personne) fluctue dans un état ordonné et stable jusqu'au moment où un événement perturbe l'état stable du *système*, précipitant la dynamique de ce *système* vers un état chaotique et instable. Le *système*, alors désordonné et déstructuré

entamera *un processus* transformatif, *un* mouvement, qui lui permettra de choisir un état plus équilibré et plus stable que le précédent.

Newman (1990) évoque également la notion de *mouvement perpétuel* dans sa théorie de soins. Les individus, dans leur expérience d'*expansion de la conscience*, seront en mouvement et passeront par plusieurs *niveaux de conscience*, le but étant de faire face à n'importe quel événement critique de manière inconditionnelle (*conscience absolue*) (Newman, 1994). *L'espace-temps* et le *mouvement* sont en lien, mais varient d'une personne à l'autre, d'un lieu à un autre et d'un temps à un autre. Pour accéder à ce niveau de *conscience absolue*, appréhender les critères d'*espace-temps* et de *mouvement* est essentiel. Sur la Figure 6, illustré ci-dessus, Newman (1990) évoque que toute personne possède une *conscience potentielle*, avec une contrainte de *temps*, une identification dans l'*espace* et un apprentissage des règles par le *mouvement* (Newman, 1994). Les *choix* effectués par les individus, dans leurs contextes, l'*espace-temps* et le *mouvement*, les conduisent à des *niveaux de conscience* différents, la *conscience absolue* étant la plus élevée, celle qui permet un *processus transformatif* efficace.

Dans le phénomène du *sentiment de solitude*, en tant qu'élément déstabilisateur, l'absence de relations de qualité semble être au cœur de cette expérience. L'infirmier entre en relation avec la personne par le biais d'une *présence authentique*, une *présence vraie* dans l'objectif de contribuer à l'expérience de l'*expansion de la conscience* de la personne et afin de l'accompagner dans la quête de sens de son expérience (Pepin & Cara, 2001). Identifier le phénomène fait partie intégrante du *processus transformatif* de la théorie de Newman (1994). En effet, en comprendre le sens afin de pouvoir intervenir ainsi qu'identifier les facteurs qui ont pu le provoquer ou encore le précipiter font partie du rôle infirmier. L'objectif infirmier sera donc de découvrir (mouvement) de *nouvelles règles* afin d'atteindre un plus haut niveau de liberté et une plus grande conscience, c'est-à-dire, devenir plus *soi-même*.

## 4. PROBLÉMATIQUE

Il est essentiel de clarifier l'expérience du *sentiment de solitude* – ou la *solitude affective* - surtout parce que le *sentiment de solitude* est souvent confondu avec les notions de *solitude sociale* et d'*isolement*. Il n'existe que peu d'études qui se sont intéressées à documenter les ressentis des personnes dans l'expérience du *sentiment de solitude*, à l'inverse des notions de *solitude sociale* et d'*isolement social* qui ont été plus largement abordés. L'importance de comprendre ce que ressentent les personnes afin d'adopter une posture infirmière adéquate est primordiale.

L'infirmier est amené à établir des relations de confiance et de qualité avec les personnes qu'il prend en soin, à développer une approche centrée sur l'Humain, selon la vision du paradigme « unitaire-transformatif ». Dans cette approche, l'infirmier est conscient de la place centrale occupée par le patient dans le soin (Davis, Sevdalis, Pinto, Darzi & Vincent, 2011). Le patient dans son unité (ou entièreté) est donc reconnu comme étant au cœur du soin. L'infirmier ne peut pas faire abstraction de cette réalité sans courir le risque de passer à côté du véritable sens du soin.

En ce qui concerne l'objet de ce travail, l'infirmier a besoin de connaître les ressentis liés au *sentiment de solitude*, afin de mieux pouvoir comprendre la spécificité du vécu de la personne et de mieux adapter ses interventions.

Les nombreux facteurs pouvant être en lien avec le phénomène du *sentiment de solitude* rendent chaque relation établie parfaitement singulière. C'est donc au sein de la relation qui va s'établir entre le professionnel et la personne âgée, que réside toute la complexité de l'approche infirmière. Ainsi, la question de recherche est la suivante :

*« Comment et dans quelles conditions les personnes âgées vivant à domicile perçoivent-elles un sentiment de solitude ? ».*

## 5. MÉTHODE

Dans la mesure où ce travail porte sur le *sentiment de solitude* tel qu'il est perçu et rapporté par les personnes âgées, le travail devra se baser sur des études de type « phénoménologique » reposant sur une approche qualitative. L'approche qualitative se base sur un paradigme, ou vision du monde, naturaliste. Celui-ci, à la différence du paradigme post-positiviste, « rejette la notion qu'il existe une seule réalité pouvant être connue » (Fortin & Gagnon, 2010, p.25). Cette approche tient compte de la réalité de chaque personne, de ses perceptions et de l'interprétation que celle-ci leur donne. Les réalités sont donc subjectives, multiples et explorées telles qu'elles sont perçues dans leurs contextes particuliers (Fortin & Gagnon, 2010). Le chercheur génère des nouvelles descriptions et éléments de compréhension d'un phénomène, à partir des éléments subjectifs rapportés par les personnes. Pour trouver l'information, il recourt à des instruments tels que l'observation et l'entretien. Il utilise également une méthode d'analyse des données dite inductive, par la recherche de thèmes, de catégories et de liens entre ces catégories (Fortin & Gagnon, 2010), afin de donner un sens aux différentes réalités.

Une revue de littérature basée sur des études qui recourent à une méthodologie de nature qualitative, et en particulier avec un devis phénoménologique, qui permet de documenter les perceptions des individus et l'observation du chercheur, a donc été choisie pour répondre à la question posée dans ce travail.

Afin d'identifier des articles pertinents pour répondre à la question de recherche, différents mots-clés et différentes équations de recherche combinant ces mots-clés ont été utilisés pour préciser les éléments de la recherche documentaires dans différentes bases de données. Les résultats de ces recherches en tenant compte des différents critères d'inclusion et d'exclusion des articles, sont synthétisés dans le diagramme de flux, présenté dans la Figure 7, section 5.2 ci-après. À l'issue de la démarche de recherche documentaire, 7 articles ont été identifiés et retenus pour l'analyse critique. Les articles sont synthétisés à partir de la section 6.3 ci-après. Enfin, la lecture critique a permis de dégager des éléments de réponse à la question de recherche, éléments présentés dans la section « Résultats », puis discutés et mis en perspective dans la section « Discussion ».

## 5.1. Sources d'information et stratégie de recherche

Le choix des mots clés et la recherche documentaire ont été effectués en recourant à la méthode *PICO* (Population, Intervention, Comparaison, Outcome).

Sur la base de la question de recherche, il est possible d'identifier les éléments pertinents qui feront partie du *PICO* : *Comment et dans quelles conditions les personnes âgées (P) vivant à domicile (C) perçoivent-elles un sentiment de solitude (O) ?* Dans cette recherche il n'y a pas d'intervention (I) car la démarche vise la compréhension du vécu subjectif du *sentiment de solitude* sans que la recherche d'articles soit conditionnée par une thématique d'intervention prédéfinie. Le Tableau 1 ci-dessous permet donc de visualiser le *PICO* adapté à notre stratégie de recherche.

Ensuite, les différents mots-clés faisant partie de la question de recherche ont été séparés et catégorisés en fonction de leur correspondance sur le *PICO*. Les termes ont été traduits en anglais et en portugais, grâce à la plateforme de terminologie médicale *HeTOP*. Les résultats ainsi obtenus ont permis de faire des recherches sur les différentes bases de données. Des synonymes en portugais, pour certains mots, ont également été utilisés (cf. Tableau 1, section 5.1)

Tableau 1 : Mots-clés, *MeSH Terms* et traductions

	Mots-clés: Français	Mots-clés: HeTOP (Termes MeSH)	Mots-clés : HeTOP(Termes MeSH) en portugais	Synonyme en portugais
P- Patient + problématique	-Personne âgée -Sentiment de solitude	-Aged, 80 and over -Loneliness	-Idoso de 80 anos ou mais -Solidao	-Octogenários
I- Intervention	Pas d'intervention			
C- Contexte	-Vieillesse chez soi -Domicile	-Community dwelling -Residence characteristics	-Vida independente	-Domicilio
O- Outcome	-Perception	-Perception	-Percepção	

Les bases de données pour la recherche documentaire ont été choisies afin d'utiliser différentes approches pour la compréhension du *sentiment de solitude* (sociale, psychologique et biomédicale), et afin d'être au plus près de la réalité occidentale et suisse. Ainsi, *Pubmed* couvre les sciences biomédicales en plus des sciences infirmières ; pour les articles en portugais, la plateforme de recherche *SciELO* donne



accès à des publications dans les domaines des sciences de la santé, sciences humaines et sociales, entre autres, la plateforme de recherche *Taylor & Francis Online* qui donne accès à des publications dans les domaines des sciences du comportement et de la santé tels que la médecine et les soins infirmiers, ainsi qu'au niveau des sciences sociales. Finalement, *Google Scholar* a été utilisé pour la recherche libre. Différents filtres ont été appliqués en fonction des différents moteurs de recherche. Ces filtres en lien avec les équations de recherche, les bases de données ou plateformes de recherche sont synthétisés dans le Tableau 2 illustré ci-dessous.

Plusieurs essais de combinaisons ont été effectués surtout pour les recherches dans *Pubmed*, *Taylor & Francis* et *SciELO*. Pour *Google Scholar*, une recherche large avec un seul mot-clé, a permis d'identifier des articles pertinents pour la réponse à la question de recherche. A l'issue de la démarche de recherche documentaire, 511 articles ont été identifiés, et 7 ont été retenus pour l'analyse critique (cf. Figure 7, section 5.2 ci-après).

Tableau 2 : Équations de recherche, bases documentaires consultées et filtres utilisés

Équation de recherche	Base de données/Plateforme de recherche	Date de la recherche	Filtres utilisés	Retenus selon titre significatif + abstract + lecture
((feeling of loneliness) AND (aged, 80 and over[MeSH Terms])) AND residence characteristics[MeSH Terms]	Pubmed	12.12.2018	Free full text, published in the last 10 years, Humans	n=2
Loneliness qualitative study	Google Scholar	25.01.2019	Depuis 2000 ; recherche en espagnol, français, anglais et portugais	n=2
Solidao [Todos os índices] and Idoso [Todos os índices]	SciELO.br	31.01.2019		n=1
[All: loneliness] AND [All: experience]	Taylor & Francis Online	01.02.2019	[All Subjects: Health and Social Care] AND [in Journal: Aging & Mental Health] AND [Publication Date: (01/01/2008 TO 01/31/2019)]	n=2

## 5.2. Le diagramme de Flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 7.

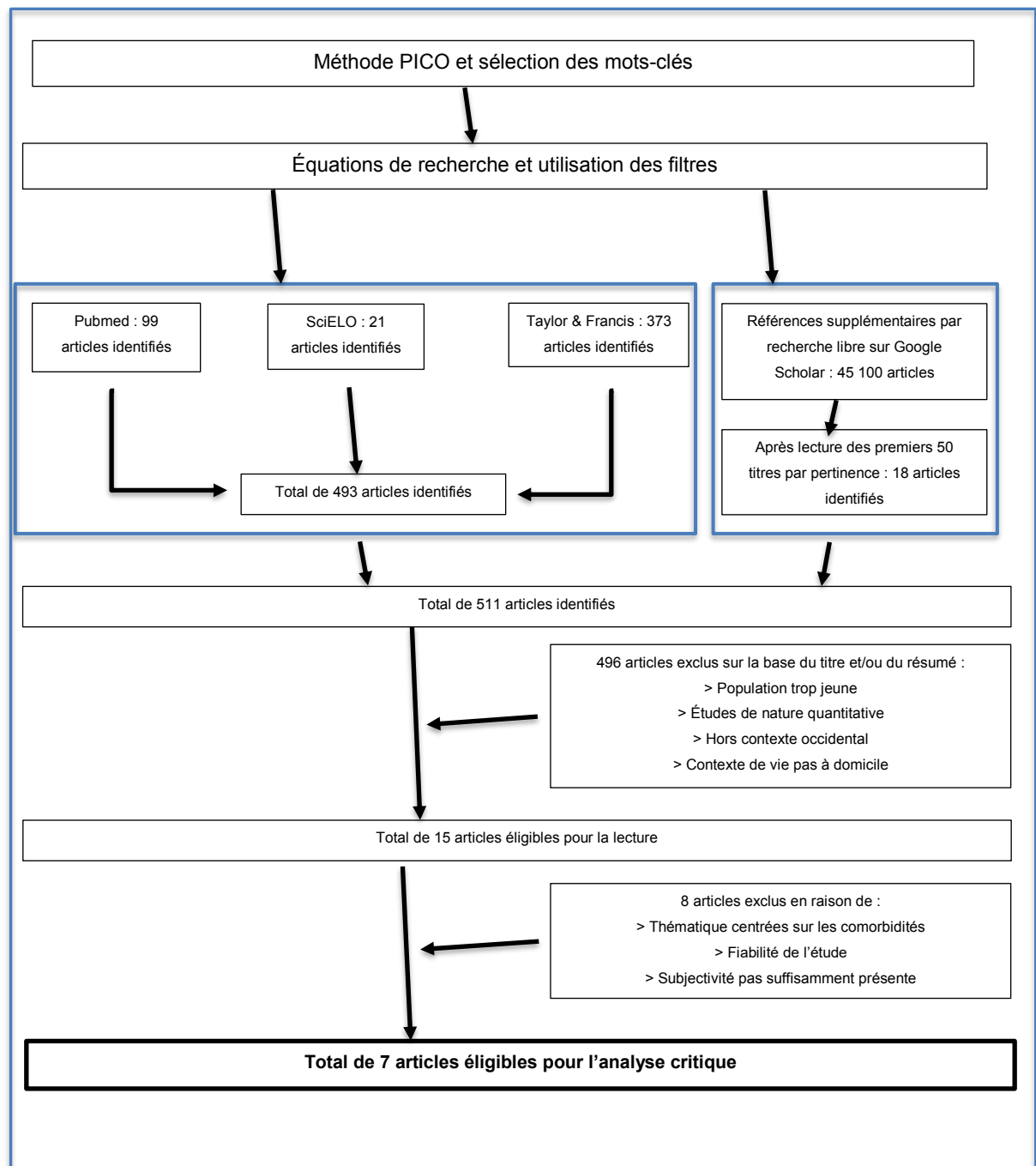


Figure 7 : Diagramme de flux du processus d'identification des articles

## 6. RÉSULTATS

Les articles retenus ont été analysés et évalués de différentes manières : d'abord en fonction de la fiabilité des revues dans lesquelles les articles ont été publiés (cf. section 6.1 et Tableau 3 ci-dessous). Ensuite, ils ont été analysés à l'aide de la grille *COREQ* (Gedda, 2015) établie pour les rapports de recherches qualitatives (cf. Tableau 4, ci-après). Enfin, une synthèse des contenus de chaque article a été effectuée (cf. section 6.3 ci-après). Les résultats sont décrits dans les sections suivantes.

### 6.1. Fiabilité des sources choisies

Les articles proviennent de 7 revues distinctes. Chacune des 7 revues possède un niveau de visibilité nommé *impact factor* (IF), qui permet aussi d'évaluer leur importance dans leurs domaines respectifs. L'*IF* peut être plus ou moins élevé et correspond au rapport du nombre d'articles publiés par la revue en question pendant un temps donné (2 ou 5 ans), par rapport aux différentes citations de ces mêmes articles dans d'autres revues du même domaine. L'*IF* correspond à l'un des indicateurs fréquemment utilisé pour évaluer la pertinence des revues scientifiques (Mahe, 2012) ; plus l'*IF* est élevé, plus la revue possède une visibilité importante dans la communauté scientifique, parce que celle-ci est plus lue et plus citée.

La révision par les pairs, ou *peer-review*, concerne le travail critique des travaux de publication réalisés par des chercheurs du même domaine. C'est un comité de lecture qui porte un regard critique et qui garantit la qualité de la publication.

Les valeurs d'*impact factor* ainsi que la présence d'une politique de publication de révision par les pairs sont rapportés dans le Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Critère de fiabilité et *impact factor*

Moteur de recherche	Reference de l'article/ouvrage	Revue de publication ou éditeur-s	Critère de fiabilité	IF 2017
Pubmed	Hanratty, B., Addington-Hall, J., Arthur, A., Cooper, L., Grande, G., Payne, S. & Seymour, J. (2013). What is différent about living alone with cancer in older age? A qualitative study of experiences and preferences for care. <i>BMC Family Practice</i> , 14(1), 22. doi:10.1186/1471-2296-14-22	BMC Family Practice	Présence de Peer-review policy	2,294
Pubmed	Kharicha K, Iliffe S, Manthorpe J, Chew-Graham CA, Cattan M, Goodman C,... Walters K. (2017). What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. <i>Health &amp; Social Care in the Community</i> , 25(6): 1733-1742.	Health & Social Care in the Community	Présence de Peer-review policy	2,039

	doi:10.1111/hsc.12438			
Google Scholar	McInnis, G. & White, J (2001). A phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , Vol XV, No. 3, 128-139. doi:10.1053/apnu.2001.23751	Archives of Psychiatric Nursing	Présence de Peer-review policy	1,133
Google Scholar	Smith, J. (2012). Toward a Better Understanding of Loneliness In Community-Dwelling Older Adults. <i>The Journal of Psychology</i> , 146(3), 293-311. doi:10.1080/00223980.2011.602132	The Journal of Psychology	Présence de Peer-review policy	1,519
SciELO	De Aguiar, Z. & Neto, M. (2016). Solidao na perspectiva do idoso. <i>Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia</i> , 19(2):313-324. doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085.	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Présence de Peer-review policy	0,6807
Taylor & Francis	Graneheim, U. & Lundman, B. (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umea 85+ project. <i>Aging &amp; Mental Health</i> , 14(4), 433-438. doi:10.1080/13607860903586078	Aging & Mental Health	Présence de Peer-review policy	2,663
Taylor & Francis	Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 2(4), 195-207. https://doi.org/10.1080/17482620701626117	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Présence de Peer-review policy	1,094

Les données du Tableau 3 ci-dessus donnent une indication de l'effort des éditeurs à proposer des articles ayant fait l'objet d'une certaine rigueur dans la recherche. Cette notion de rigueur est importante, mais fait surtout référence « aux étapes entreprises pour assurer que les résultats de l'étude sont fiables et de confiance » (Davies & Logan, 2011, p.11).

Pour les études s'inscrivant dans une approche qualitative, « des actions sont entreprises pour vérifier, questionner et théoriser » (Davies & Logan, 2011, p.11). Il est donc question d'assurer que les procédures (c'est-à-dire la démarche de recherche ainsi que les éléments méthodologiques de l'étude) soient décrites et adéquates. Les éléments sont décrits dans la guideline COREQ de lecture et d'écriture de rapports de recherches qualitatives (Gedda, 2015). L'échantillon et le milieu de la récolte de données devraient être décrits, ainsi que les méthodes utilisées pour la récolte et l'analyse des données. Le but est de veiller à la crédibilité, à la confirmabilité (dans le sens de s'assurer qu'il fait preuve d'un minimum de neutralité en ce qui concerne les possibles biais), à la cohérence (dans le sens où les résultats et le processus de l'étude garderaient une cohérence et stabilité dans le temps et dans des conditions similaires) et à la transmissibilité (l'importance et application des résultats) des études entreprises (Davies & Logan, 2011).

## 6.2. Analyse des contenus à l'aide de la grille COREQ

La grille COREQ (Gedda, 2015) permet de mettre en évidence les items devant faire partie des rapports d'études de nature qualitative. Ces différents items ont été identifiés dans les articles choisis. Les différents critères et la page de référence pour chaque item dans chaque article, sont identifiés au Tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Grille COREQ pour analyse/lecture d'articles (Gedda, 2015) et pages des publications dans lesquelles chacun des éléments est mentionné (laissé vide si l'élément est manquant).

	Hanratty et al., 2013.	Kharicha et al., 2017.	McInnis et White 2001.	Smith, 2012.	De Aguiar et Neto, 2016.	Graneheim et Lundman, 2010.	Dahlberg, 2007.
<b>Domaine 1: Equipe de recherche et de réflexion</b>							
<b>Caractéristiques personnelles</b>							
1. Enquêteur	14	1733	128	297	313	434	196
2. Titre académique	14	1733		308		433	195
3. Activité	14	1733	128	308	313	433	196
4. Genre	14	1733	128	308	313	433	195
5. Expérience et formation	14	1733		308			
<b>Relations avec les participants</b>							
6. Relations antérieures avec enquêteur	15/16		132	296			196
7. Connaissance au sujet de l'enquêteur	16	1736					196
8. Caractéristiques de l'enquêteur	16	1736	129	295			196/7
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>							
<b>Cadre théorique</b>							
9. Orientation méthodologique	14	1736	128	295	316	434	195
<b>Sélection des participants</b>							
10. Échantillonnage	15	1735/36	131	296	317	434	196
11. Prise de contact	15/16	1735/36	132	296	316	434	196
12. Taille de l'échantillon	14/16	1736/37	131	295	317	434	196
13. Non-participation		1736/36		295/6		434	196
<b>Contexte</b>							
14. Cadre de collecte de données	15/16	1735/36	132	295	313	434	196
15. Présence de non-participants	16	1735				434	
16. Description de l'échantillon	15/16	1735	131	295/6	317	434	196
<b>Recueil de données</b>							
17. Guide d'entretien	16	1735	132	297	313	434	196
18. Entretiens répétés	16			297			
19. Enregistrement	16	1733 et 1735	132	297	316	434	197
20. Cahier de terrain	16	1733	131	298			197
21. Durée		1735	132	297	316	434	
22. Seuil de saturation			131				
23. Retour des transcriptions			132	298			
<b>Domaine 3 : Analyse des résultats</b>							
<b>Analyse des données</b>							
24. Nombre de personnes codant	17	1735		298	316		
25. Description de l'arbre de codage	17	1735					
26. Détermination des thèmes	17	1735	132	298/9		435	198-204
27. Logiciel							
28. Vérification par les participants							
<b>Rédaction</b>							
29. Citations présentées	17	1735	133-135	305/6/7	317/8	434	198-204
30. Cohérence des données/résultats	22	1740		299	317/8		
31. Clarté des thèmes principaux	14/15	1733/34	132	298/9	316	435	198-204
32. Clarté des thèmes secondaires	17/18	1736/37		299-303		435	

Tous les articles présentent des caractéristiques personnelles des enquêteurs ainsi que leur relation, ou absence de relation, avec les participants de l'enquête. Le cadre théorique est présent par l'orientation méthodologique. Toutes les études décrivent leur processus de sélection des participants ainsi que le cadre et les différents groupes de répondants. Le recueil de données a été réalisé pour la grande majorité au moyen d'entretiens semi-dirigés à l'aide de guides. Les données ont été enregistrées, ce qui facilite leur consultation et analyse. Les différentes interventions ont été catégorisées par thématiques ce qui facilite aussi leur clarté. Ces différents éléments permettent de documenter la rigueur et la qualité des articles retenus. Les différents articles sont présentés plus en détail dans les sections suivantes (cf. 6.3 Synthèse des articles ci-dessous, 6.4 Tableaux comparatifs ci-après).

### 6.3. Synthèse des articles

Article 1 : Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4), 195-207. doi: 10.1080/17482620701626117

Dans cette étude phénoménologique suédoise menée par Dahlberg parue en 2007 dans le *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, le sens existentiel du phénomène de *solitude* est analysé.

En premier lieu, ce fut une centaine d'entretiens ayant eu pour thème la *solitude* qui ont été réalisés, dont 26 ont finalement été retenus. Les répondants, âgés de 12 à 82 ans, hommes et femmes confondus, ont été invités à parler librement de leur *sentiment de solitude*. Ce sont des étudiants qui ont mené les entretiens et qui les ont analysés avant que la chercheuse synthétise les résultats pour en effectuer un article.

Les contenus des discours documentés lors des différents entretiens ont été très riches et très variés. Cette richesse et cette variété a été apportée grâce à la structure très libre des questions (« tell me about a time you felt lonely », « how was the experience to you ? », « how did you feel ? », (parlez-moi d'une fois où vous vous êtes senti seul, comment avez-vous vécu cette expérience, comment vous êtes-vous senti) (Dahlberg, 2007, p. 196). L'intérêt de cette étude a été d'explorer de quelle manière les personnes vivent l'expérience de la *solitude*, afin de tenter de structurer et de donner du sens à ce phénomène si peu compris.

Cette recherche met en lumière le *sentiment de solitude* qui semble être un phénomène d'absence d'appartenance et de connexion à autrui. Il peut apparaître malgré un réseau social fourni, ne pas exister chez une personne vivant seule, mais en tout cas il semble disparaître lorsqu'un sentiment d'appartenance existe.

L'analyse des contenus du discours des répondants a permis de dégager différents thèmes. Le premier d'entre eux est *la solitude, c'est d'être sans les autres* ; rejetés, abandonnés, exclus, oubliés, non-voulus, tant de termes pouvant être utilisés pour décrire une situation dans laquelle les personnes se trouvent. Au milieu d'autres personnes, la difficulté d'accepter de se sentir seul est d'autant plus pesante. La souffrance peut faire son entrée à tout moment. La *solitude* est également caractérisée par la perte, décrite comme étant le fait de perdre les relations qui comptent, lorsqu'une personne devrait être présente mais qu'elle se révèle être absente.

Le second thème mis en évidence dans cette étude est *la solitude parmi les autres* ; même en présence de contacts sociaux et familiaux fréquents, participants ont décrit un *sentiment de solitude* intense. Malgré la présence de personnes proches, celles-ci ne sont plus dans une relation profonde, mais, en lien avec un manque de compréhension de l'autre, dans une relation qui est dite brisée. Parmi un nombre élevé de personnes, il semble compliqué pour certaines personnes de créer des liens relationnels profonds.

Le troisième thème évoque que *la solitude est étrange, fausse, laide ou honteuse*, en revanche, lorsqu'elle est souhaitée, la *solitude* peut être bénéfique, mais elle reste peu comprise par les autres. Décrite en des termes peu élogieux, elle ne semble pas être un comportement normal en société. Pourtant, elle peut apporter quelques plus-values aux personnes qui l'entretiennent.

Le dernier thème mentionné est le fait que *la solitude est reposante et créative* ; dans ce contexte-ci, elle est positive, et semble plus que bénéfique. Lorsqu'elle est volontaire, elle apporte calme, sérénité, repos et paix. Des concepts bien agréables qui peuvent être accompagnés par un sentiment d'harmonie, de créativité et de réflexion. Il s'agit d'une connexion avec soi-même, qu'il faut tout de même oser expérimenter.

Dahlberg (2007) évoque que l'expérience de la *solitude*, visualisée comme un phénomène sociétal, ne peut être considérée sans le concept d'appartenance. En effet, une relation proche et profonde peut protéger les personnes des effets néfastes

du *sentiment de solitude*. Dans la plupart des situations, ce phénomène transcende littéralement le temps et l'espace. Ainsi les situations sont singulières mais les sentiments et les opinions à propos de la *solitude* le sont également. La *solitude* choisie ne conduit pas aux autres humains, mais à quelque chose de différent. En dépit des sentiments négatifs que la *solitude* peut infliger, elle peut aussi apporter beaucoup, lorsqu'elle est acceptée et/ou choisie.

L'auteure mentionne que le fait de rester en mouvement est important pour continuer de construire une réalité satisfaisante. Une certaine proportion d'êtres humains semble vouloir être lié aux autres (sauf pour ceux dont la *solitude* est un choix), car sans eux, ils ne pourraient pas être aimés, valorisés, vus, écoutés, considérés, etc. La *solitude* est l'opposé de la communauté ; cette vision dualiste n'est pas dénuée de sens mais dans cette recherche, l'auteure précise qu'une compréhension de la *solitude* dans son aspect plus complexe est visualisée, donnant une image plus ambiguë. La *solitude* du XXI<sup>ème</sup> siècle est celle qui peut survenir même si la personne est bien entourée, et une vraie présence peut diminuer cette solitude.

*Article 2 :* De Aguiar, Z. & Neto, M. (2016). Solidao na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313-324. doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085.

Dans cette étude, Zaida de Aguiar et Maria Alcina, toutes deux chercheuses à la Haute Ecole d'Éducation Jean Piaget, à Viseu, Portugal, ont voulu connaître l'opinion des personnes âgées par rapport à leurs sentiments de *solitude*. Une étude de nature qualitative a été planifiée et un choix effectué sur une population de 73 personnes âgées, habitant en résidence (N=36), chez eux, seuls ou avec leur conjoint (N=30), ou alors avec plus de famille ou avec des amis (N=7). Les personnes sélectionnées fréquentaient des foyers de jour et avaient leur capacité de discernement. Un guide avec des questions ouvertes a été utilisé lors d'entretiens semi-structurés. Les questions portaient sur qui était pour eux la personne significative avec laquelle ils entretiennent des relations importantes ; s'ils ressentent un *sentiment de solitude* et les solutions proposés pour faire face au *sentiment de solitude*.

Le fait de choisir une population âgée habitant en deux lieux de vie différents avait pour objectif d'obtenir une opinion plus large à propos du *sentiment de solitude* ainsi qu'identifier les facteurs liés selon les propos des personnes âgées.



Pour la plupart des personnes interviewées (N=57/73) la personne significative était le plus souvent les enfants et les petits enfants. Une personne a répondu que c'était son chien. Par ailleurs, quatre personnes ont fait référence à des professionnels des institutions où elles se trouvaient car elles pouvaient discuter avec elles et que celles-ci prenaient le temps de les écouter. En outre, deux personnes ont fait référence à leur mère déjà décédée, et une troisième personne a fait référence à son mari déjà décédé lui aussi. Parmi les répondants, N=58/73 disaient ressentir quelques fois, voire rarement, des *sentiments de solitude*. Parmi ce groupe ce seraient ceux qui vivent avec leur famille qui ressentiraient le moins un *sentiment de solitude*, par rapport à ceux qui vivent en institution (N=15/73).

Selon les personnes âgées interrogées dans cette étude, les moyens pouvant palier ou prévenir un *sentiment de solitude*, les promenades, les moments de sociabilité, des activités ludiques, une bonne relation intergénérationnelle ainsi que la présence de famille et d'amis ont été cités.

Article 3: Graneheim, U. & Lundman, B. (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umeå 85+ project. *Aging & Mental Health*, 14(4), 433-438. doi:10.1080/13607860903586078

La recherche qualitative de Graneheim et Lundman (2010) portant sur le phénomène de la *solitude*, a été menée en Suède auprès de personnes âgées vivant seules. Les répondants de cette étude phénoménologique étaient âgés de 85 ans, de 90 ans, de 95 ans et plus, ils résidaient dans la région d'Umeå. Compte tenu de sa thématique délicate, il fallait également que les personnes soient capables de répondre à une série de questions et qu'ils aient une résistance suffisante pour participer à l'étude, compte tenu de sa thématique délicate. Sur les 125 candidats de départ (86 femmes et 39 hommes), 10 participants de chaque âge ont été sélectionnés (23 femmes et 7 hommes âgés de 85 à 103 ans). Neuf d'entre eux résidaient dans une maison de retraite, 27 avaient des enfants, 23 étaient dépendants. Lors des entretiens effectués à leur domicile, les répondants ont été invités à discuter de leur vieillissement, des événements importants de leur vie, de leur expérience de *solitude*, de leur expérience spirituelle et de leur expérience de consolation. Les entretiens ont duré entre 35 et 100 minutes, ont été enregistrés et retranscrits pas la suite, avec le consentement des répondants. Les questions suivantes étaient posées, en guise d'amorce : « *Please, tell me about your experiences of becoming old* » (Racontez-moi, s'il vous plaît, votre expérience de vieillissement) (Graneheim & Lundman, 2010, p. 434, traduction libre). Puis la *solitude* était abordée: « *Please, tell me about your view of living alone* », « *Do*

*you feel lonely ? »* (Racontez-moi, s'il vous plaît, votre impression de vivre seul, vous sentez-vous seul ?) (Graneheim & Lundman, 2010, traduction libre, p. 434).

L'analyse du discours des personnes âgées ayant participées à cette recherche, a mis en évidence la complexité des relations des personnes âgées avec le temps (passé, présent, futur). Les répondants décrivent quelles limites leur provoque leur *solitude* mais aussi quels impacts la *solitude* a sur leur bien-être. Il a été mis en évidence que la *solitude* ne comporte pas que des impacts négatifs dans ses caractéristiques. En effet, certains aspects de la *solitude* sont soulignés comme étant bénéfiques par les répondants.

Selon Graneheim et Lundman (2010), *Vivre avec des pertes* semble être un aspect quotidien du vieillissement. Qu'il s'agisse de déclin physique, de perte d'indépendance, la perte du sens de la vie ou du goût même de la vie, les personnes âgées semblent souligner ces événements comme étant précipitants, tout autant que la perte de leur proches (partenaires, famille, amis, collègues...etc.). *Le sentiment d'abandon* mis en évidence par les auteurs, est décrit par les répondants comme une absence de considération de la part d'autrui envers eux, se sentant par conséquent invisibles, incompris et négligés. *Vivre en confiance* c'est se sentir en sécurité, se sentir épanoui, accepter de vivre seul et de croire en Dieu. Les discours des personnes âgées décrivent que la routine et les visites de soignants, ou autres, leur confère de la confiance et de la sécurité. *Le sentiment de liberté* est décrit par les répondants comme la possibilité de faire ses choix, d'agir sur leur vie, car ils sont maîtres à bord.

Les *sentiments de solitudes* décrits par les personnes interrogées se révèlent être enrichissants comme dévastateurs. Cela dépend en grande partie des circonstances de la vie, de la vision de la vie et de la mort par les personnes. La *solitude* peut être mêlée aux différentes pertes que les personnes vieillissantes traversent, notamment au niveau des habilités fonctionnelles, des relations sociales, de leur estime, mais aussi dans l'absence de considération sérieuse et respectueuse de leur expérience et leur ressentis. Enfin, la *solitude* n'est pas à mettre en lien qu'avec des pertes. Elle représente aussi pour certains l'indépendance, la capacité de décision, la paix et le calme, la connexion à des personnes significativement proches et entretenant l'identité personnelle et des perspectives de vie.

*Article 4:* Hanratty, B., Addington-Hall, J., Arthur, A., Cooper, L., Grande, G., Payne, S. & Seymour, J. (2013). What is different about living alone with cancer in older age? A qualitative study of experiences and preferences for care. *BioMed Central Family Practice*, 14(1), 22. doi:10.1186/1471-2296-14-22

Dans cet article, Hanratty et al. (2013), chercheurs dans différentes universités de l'Angleterre, sont partis du constat qu'en Angleterre, beaucoup de patients âgés avec des cancers avancés, vivent seuls, et qu'il existe très peu d'information concernant la façon avec laquelle les services de santé répondent aux besoins de ces personnes. Le but de cette étude qualitative est donc de comparer les expériences et les préférences futures en ce qui concerne les soins entre deux groupes de personnes âgées (N=32) entre 70 et 95 ans qui vivent soit toute seules (N=20) ou avec des proches aidants (N=12).

Les participants ont été recrutés suite aux recommandations des infirmiers à domicile, et comme critère l'espérance de vie des participants ne devant pas excéder une année. La récolte de données a été réalisé à l'aide d'entretiens semi-dirigés, avec l'enregistrement et la transcription de ceux-ci. Les principaux axes des questions abordés durant les entretiens ont été : l'expérience de maladie, les circonstances actuelles et le soutien social, la qualité de vie, l'utilisation des services de santé et sociaux, les préférences pour la fin de vie et les soins acceptés à ce moment-là.

L'analyse du discours des participants a permis aux chercheurs de mettre en évidence quatre grandes thématiques en lien avec le *sentiment de solitude* : premièrement, le fait de vivre seul est perçu comme un énorme désavantage surtout en ce qui concerne des questions pratiques (déplacements et autres) ainsi que des questions de soutien émotionnel ou de défense des intérêts et des besoins des patients. Deuxièmement, pouvoir compter sur une relation continue avec les soignants est perçu comme rassurant, surtout pour les personnes vivant seules. Le fait de voir le même médecin ou infirmier pendant des semaines, des mois ou des années permet le développement de relations de confiance et celles-ci sont essentielles lors de discussions touchant des sujets plus sensibles comme l'état affectif et la fin de vie. Pour certains répondants, l'important est d'avoir la sécurité que leur situation soit connue du médecin et que l'accès aux soins lui est garanti en permanence. Quatrièmement, les personnes interrogées manifestent le souhait de rester chez eux le plus longtemps possible, dans le but de garder leur autonomie et garder l'option de décéder chez eux. La perspective

de déménager dans une résidence n'était pas vue comme un choix positif mais certains s'y seraient résignés si la situation de santé l'exigeait.

*Article 5 :* Kharicha K, Iliffe S, Manthorpe J, Chew-Graham CA, Cattan M, Goodman C,... Walters K. (2017). What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. *Health and Social Care in the Community*, 25(6), 1733-1742. doi: 10.1111/hsc.12438

L'étude phénoménologique menée par Kharicha et al. (2017), portant sur l'expérience de la *solitude* vécue par les personnes âgées et leur point de vue sur les soins primaires ainsi que les interventions sur le phénomène, s'est déroulée en Angleterre, sur la base de 454 répondants. En premier lieu, ces derniers ont répondu à une série de questions, au travers d'une étude sur le *Well-being Intervention for Social and Health* (WISH), qui met en lumière l'existence d'un lien entre la santé des personnes, leur bien-être et les soins primaires.

Cette recherche qualitative porte sur le ressenti de 28 personnes âgées de 65 ans et plus qui ont répondu favorablement aux critères de WISH, comportant deux mesures de la *solitude* et n'étant pas exclu de la recherche par les critères suivants ; soins à domicile reçus, incapacités sévères, maladies mortelles au stade terminal ou qui menaceraient la vie, incapables de consentir à l'étude ou que le processus de l'étude est trop fastidieux. Les répondants ont également répondu favorablement à la question « *Do you feel lonely much of the time ?* », pouvant se traduire par « Vous sentez-vous seul la plupart du temps ? » (Kharicha et al., 2017, p. 1735, traduction libre), ou ont fourni des réponses donnant un score de deux ou plus sur les six critères de l'échelle de la *solitude* proposée par De Jong Gierveld et Van Tilburg (2006). Les résultats montrent que 32% des personnes interrogées ont répondu se sentir seules à la question posée ci-dessus et 68% du collectif est identifié comme se sentant seul selon l'échelle de la *solitude*. Presque la moitié des personnes interviewées (13) vivent avec un tiers, l'autre vivant par conséquent seule (15).

Les discussions abordées lors des entretiens ont concerné en premier lieu la *solitude*, mais aussi les tentatives des personnes pour la réduire. Les facteurs qui la péjorent ou qui réduisent le *sentiment de solitude* ainsi que la perception que les répondants ont du rôle des soins et des soignants dans l'appréhension de la diminution du *sentiment de solitude* ont également été des thématiques abordées lors des entretiens. Ces

entretiens se sont déroulés à domicile, ont duré entre 75 et 135 minutes, ont été enregistrés, puis retranscrits ultérieurement avec le consentement des répondants.

Les auteurs ont exploré le *sentiment de solitude* auprès des personnes âgées qui l'expérimentent. L'analyse des contenus des entretiens leur a permis de mettre en lumière des craintes quant à la stigmatisation qui peut exister lorsque les répondants révèlent leur *sentiment de solitude*. Les répondants expriment une forme de réticence à assister et participer aux activités sociales parce qu'elles sont « pour les autres » et pour les « vieilles personnes seules ». Les activités de groupe ne sont donc pas perçues comme des lieux idéaux pour exprimer ses sentiments, de *solitude* notamment. Des intérêts communs entre deux personnes sont nécessaires pour ne pas ressentir de *solitude*. Malgré la nature sociable de certains répondants, ils ont tout de même un *sentiment de solitude* installé.

Les résultats démontrent également que la relation entretenue avec les professionnels de la santé (médecins ou infirmiers) diffère selon les personnes et leurs impressions évoquent qu'au sein d'une relation de confiance, il est plus aisé de se livrer et de faire appel s'ils en ressentent le besoin. En lien avec cela, certains discours ont mis en évidence l'importance de résoudre seul la problématique de la *solitude*. Conscients de ce qu'ils ressentent, parfois même en accord avec les causes et les conséquences de ce sentiment, exprimer et délibérer à propos du sujet ne font pas voir la plus-value à certains répondants. Cette problématique ne peut être résolue par eux seuls.

L'analyse du discours des participants âgés ayant pris part à cette recherche a permis aux auteurs de mettre en évidence quelques différences dans les approches et les perceptions de la *solitude* ainsi que dans les stratégies pour y faire face. Le phénomène subjectif révèle des ambivalences notables sur les activités de groupe par exemple ainsi que des points de vue divergents sur la place des soins et les possibilités d'interventions dans les soins primaires vis-à-vis du *sentiment de solitude*. Dans la grande majorité des cas cependant, il est tout de même souligné que les soins sont réellement limités dans l'amélioration de la problématique ; la *solitude* est un phénomène intime que les personnes doivent tenter de gérer par leurs propres moyens, car les solutions ne viennent pas d'autrui.

Article 6: McInnis, G. et White, J. (2001). A phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 128-139. doi:10.1053/apnu.2001.23751

L'étude de McInnis et White (2001) est une étude qualitative phénoménologique, rapportée dans la revue « *Archives of Psychiatric Nursing* ». Elle se base sur la méthodologie de Giorgi (elle-même inspirée de la théorie philosophique husserlienne phénoménologique qui considère l'expérience, le vécu d'un phénomène par une personne et la mise en lien que cette personne effectuera avec sa conscience). Cette méthodologie met en avant le choix des chercheurs d'un phénomène expérimenté par des individus, la collecte des discours des personnes, le rassemblement des informations collectées et la mise en évidence d'une structure du phénomène qui se base sur la subjectivité même des personnes vivant le phénomène étudié. Elle porte sur 20 personnes âgées de 75 ans et qui s'intéressent au *sentiment de solitude*, en tant qu'aspect capital dans la prise en soins infirmière en soins de psychiatrie.

Les répondants ont été sélectionnés à la suite d'une distribution de « flyers » dans des lieux fréquentés par des personnes âgées (centres pour seniors, maison de retraites, paroisses, complexes de logements) et ce, à l'aide de professionnels correspondants aux lieux. Les personnes qui pouvaient présenter un quelconque *sentiment de solitude* se voyaient recevoir un « flyer » dans le but de contacter par téléphone les chercheurs. Les critères de sélection ont été l'âge, de 65 ans et plus, la capacité de parler, lire et comprendre l'anglais, d'être orienté dans trois modes (temps, espace, personne), avoir une capacité mnésique, une capacité de concentration suffisantes et de verbaliser clairement un ressenti de *solitude*. Vingt participants ont été retenus, tous retraités, 17 femmes et 3 hommes. Cela correspond apparemment aux proportions évoquées par la littérature, les femmes relatant de manière plus fréquente ressentir un *sentiment de solitude* que les hommes (les raisons de cette constatation ne sont néanmoins pas développées). Seize étaient veufs ou veuves, une était célibataire, un marié, et deux séparés. Seize vivaient seuls, un avec sa femme, trois avec des tiers. Les répondants, contactés par téléphone, ont répondu à des questions lors d'entretiens à leur domicile. Donnant leur consentement aux modalités des entretiens, les entrevues ont été enregistrées, pendant les 60 à 90 minutes qu'elles ont duré, puis transcrites après avoir été écoutées à plusieurs reprises. Les questions suivantes ont posées : « *Tell me about your loneliness* », « *describe the circumstances around this experience* », autrement dit, « parlez-moi de votre solitude », « décrivez les circonstances qui entourent cette expérience » (McInnis & White, 2001, traduction libre, p. 132).

L'analyse du contenu des entretiens a permis aux auteurs de révéler cinq thèmes majeurs dans le phénomène de la *solitude*. Le premier d'entre eux représente *la rupture de relations importantes*. La *solitude* est un condensé de détresse émotionnelle, physique, spirituelle et sociale. La majorité des personnes interrogées a évoqué le fait que leur *solitude* est liée à la perte d'une relation conséquente (partenaire ou meilleur ami par exemples). Ce sentiment peut aussi être assimilé avec le fait d'être seul. Les notions d'affection, d'affirmation et de considération sont évoquées comme étant des caractéristiques inhérentes aux relations de qualité. Ajouté à cela, les membres de la famille ne sont pas toujours disponibles et présents, ce qui augmente le sentiment d'abandon qui peut accompagner le *sentiment de solitude*.

La seconde thématique peut presque être considérée comme une définition de la *solitude* ; *une réponse à la souffrance, l'obscurité et la désolation accompagnée par une perte relationnelle engendrant une modification du comportement dans les activités sociales*. Le décès d'une relation proche de qualité peut engendrer, en plus de la souffrance émotionnelle, une modification de la socialisation. Se sentant de trop avec certains et ne pouvant pas discuter avec d'autres parce que la nature de la relation n'est pas la même, engendre quelques difficultés sociales notables.

La troisième thématique, *la solitude est évitée ou supportée en utilisant des stratégies de faire-face (coping), qui peuvent ou non, être utiles* selon les répondants, comme par exemple des activités, même pratiquées seul, qui occupent l'esprit par exemple. Certains répondants évoquent des symptômes physiques de souffrance ou se demandent si une présence d'un tiers pourrait les aider. Quelques-uns précisent que les groupes spirituels ou religieux les aident dans ces situations.

La quatrième thématique mise en évidence est présentée comme suit : *la solitude est un état d'anxiété, de peur et de tristesse qui est influencée par la crainte, actuelle ou à venir, de la perte d'indépendance ainsi que du déclin fonctionnel*. Certains répondants pensent que leur *sentiment de solitude* est précipité par la perte de leur indépendance ou par des troubles en lien avec leur(s) maladie(s) chronique(s).

Le dernier des thèmes définit la *solitude comme un état de souffrance silencieuse dans laquelle la personne est réticente ou incapable de verbaliser sa solitude*. A l'abri du regard des autres, certains pleurèrent, gardant pour eux seuls cette souffrance, ils cachèrent leurs émotions. Pensant que personne ne souhaiterait entendre de

négativité, ils se renferment, persuadés qu'ils ne peuvent s'en prendre qu'à eux-mêmes de se sentir seuls.

Dans cette recherche, les auteurs insistent sur le fait que la *solitude* est un phénomène qu'il est impératif de reconnaître car il est un possible précurseur de maladies mentales, psychiques et physiques. Les auteurs spécifient qu'il serait intéressant de mettre en évidence la relation de cause à effet entre la dépression, l'anxiété et le *sentiment de solitude*. Les soignants, et les infirmières notamment peuvent prodiguer des soins et soutenir les personnes dans leur expérience de *solitude* tout en anticipant ce phénomène pour éviter les conséquences néfastes qu'il peut engendrer et ainsi aider les personnes âgées qui en souffrent à conserver un état de bien-être suffisant. La vie en communauté ne prévient pas la *solitude* ; ce sentiment peut apparaître en dépit d'un entourage fourni. Cependant il est spécifié que des activités comme les groupes religieux et spirituels peuvent représenter de prompts renforts pour pallier le *sentiment de solitude*.

*Article 7 :* Smith, J. (2012). Toward a Better Understanding of Loneliness In Community-Dwelling Older Adults. *The Journal of Psychology*, 146(3), 293-311. doi:10.1080/00223980.2011.602132

L'étude phénoménologique interprétative de Smith (2012) a pour objectif explorer la signification du *sentiment de solitude* chez des personnes âgées entre 74 et 98 ans (N=12) vivant à domicile et comprendre leurs stratégies pour y faire face. Les répondants ont été sélectionnés tout d'abord suite à la réponse positive à la question « Avez-vous expérimenté des sentiments de solitude les derniers six mois ? ». Ensuite en fonction de l'absence de troubles cognitifs, selon le résultat au *Short Blessed Test of Memory Orientation and Concentration* (Katzman et al., 1983) ainsi que des états dépressifs majeurs par rapport au *Geriatric Depression Scale, Short Form* (Kurlowicz & Greenberg, 2007), dans le but d'éviter de confondre le *sentiment de solitude* avec la dépression. La récolte de données a été effectuée au moyen de trois entretiens semi-dirigés avec l'utilisation de guides. Ces guides touchaient, pour le premier, l'histoire des relations significatives de l'individu pendant sa vie. Le deuxième abordait le thème du *sentiment de solitude* et la façon avec laquelle les individus y faisaient face. Le dernier guide abordait les relations courantes de l'individu par rapport à ses amis et à sa famille.

Selon les résultats de cette étude, la principale raison pour souffrir d'un *sentiment de solitude* est le fait de faire l'expérience de vivre l'interruption de relations significatives



dans la vie à cause de changements liés à l'âge. Certains répondants voyant leur santé se péjorer ont fait l'expérience du *sentiment de solitude* suite à la diminution de leur participation dans des activités sociales et y avaient même associé une mobilité réduite et la perte de capacités visuelle et auditive. Pour les hommes, plus que pour les femmes, le fait de prendre sa retraite et de voir diminuer son sentiment d'utilité en lien avec son changement de rôle social/actif contribuerait aussi à nourrir le *sentiment de solitude*. Le veuvage était, surtout pour les femmes, à l'origine de sentiments de *solitude* à cause de l'impossibilité de partager avec son conjoint.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation au *sentiment de solitude*, certains répondants disent pallier leur *sentiment de solitude* par le fait d'aller à la rencontre des autres ; d'autres par le volontariat et le fait de se sentir utiles ; d'autres cherchent chez des animaux de compagnie le moyen de pouvoir penser à autre chose qu'à eux-mêmes ; d'autres encore trouvent du réconfort avec la télévision ; et finalement d'autres parlent de diminuer leur *sentiment de solitude* par le fait d'écouter de la musique et faire des activités variées comme lire ou faire de la couture.

Enfin, l'étude de Smith (2012) met en lumière certains facteurs de risque pour souffrir d'un *sentiment de solitude*. Ceux-ci sont les pertes liées à l'âge, comme un état de santé physique qui se péjore, une diminution de la mobilité et de capacités auditives ou visuelles, ainsi que la perte de personnes significantes. Parmi les facteurs protecteurs pour pallier un risque de vivre un *sentiment de solitude*, l'étude relève la présence d'amis en tant que personnes émotionnellement proches.

Selon Smith (2012), les résultats mettent en évidence que la qualité de vie des personnes âgées pourrait être amélioré par la validation des *sentiments de solitude* par les professionnels de la santé au travers de l'écoute active et du soutien.

## 6.4. Tableaux comparatifs

Des tableaux comparatifs sont représentés dans les pages qui suivent. Ceux-ci visent à proposer au lecteur une description synthétique et méthodologique des différents articles.

Tableau 5: Synthèse de l'article « *The enigmatic phenomenon of loneliness* » de Dahlberg (2007).

<b>Auteurs- Année</b>	Dahlberg, K. (2007).	
<b>Population / Type étude</b>	>N=26 participants âgés de 12 à 82 ans. >Étude phénoménologique ( <i>Reflective Lifeworld Research</i> ).	
<b>But de l'étude</b>	Description du sentiment de solitude et identification du lien qu'il pourrait y avoir entre la santé et le bien-être. En se basant sur les expériences que font les personnes de la solitude, la compréhension de la signification du phénomène pourrait être appréhendée.	
<b>Méthode / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
- Entretien d'environ 100 personnes, 26 retenus pour leur qualité. Effectués par des étudiants (offrant un large éventail de description du même phénomène), utilisant aussi bien que possible des questions ouvertes. - Analyse des entretiens par groupe d'étudiants, analyse et transcription des résultats par la chercheuse.	<p>Le sentiment de solitude peut être considéré comme positif ou négatif. Il ne dépend pas de critères stricts car il peut être présent dans différents contextes sociaux et familiaux. Son identification et la perception effectuée est donc délicate. Isolée ou non, bénéfique ou délétère, ce sentiment peut évoluer dû à différentes circonstances.</p> <p>Ne pas considérer la souffrance de la solitude dans les soins est triste et inutile.</p> <p>Si la connexion ne se fait pas avec les autres elle est d'ordre spirituelle mais bien présente. La vision dualiste qui oppose la solitude au fait d'être entouré est limitée. La présence d'un nombre de personnes autour des individus ne les protège pas des affres de la solitude, car c'est une présence vraie qui est requise. Une solitude positive a la possibilité de contribuer à une bonne santé et au bien-être.</p>	- L'intervalle de l'âge des personnes est très large. - Sélection d'un quart des entretiens dans l'étude selon un critère de qualité mais ce dernier n'est pas spécifié.

Tableau 6 : Synthèse de l'article « *Solidao na perspectiva do idoso* », de De Aguiar et Neto (2016).

<b>Auteurs- Année</b>	De Aguiar, Z. et Neto, M. (2016).	
<b>Population / Type étude</b>	<p>&gt;N=73 Personnes âgées, hommes et femmes de 65 ans et plus ; Vivant dans des résidences ou à domicile, mais qui fréquentent des foyers de jour. Portugal.</p> <p>&gt;Sélection des personnes faite de façon aléatoire</p> <p>&gt;Personnes sans troubles cognitifs et avec capacité de discernement.</p> <p>&gt;Étude phénoménologique &gt;Le choix de l'échantillon devrait présenter une grande variété de situations afin de donner une opinion plus large</p>	
<b>But de l'étude</b>	>Connaître l'opinion de la personne âgée en ce qui concerne les sentiments de solitude et les facteurs favorisants	
<b>Méthode / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
<p>&gt;Questionnaire de réponses mixtes</p> <p>&gt;Entretiens semi-structurés</p> <p>&gt;Une échelle de 4 réponses était proposée pour le sentiment de solitude (jamais, parfois, souvent, toujours)</p>	<p>&gt;En ce qui concerne la personne significative : Pour 78,1% des personnes, était quelqu'un de la famille (surtout les enfants et les petits enfants), et pas leur conjoint, suivi de quelqu'un de leur amitié. Pour certains les personnes significatives étaient déjà décédées (mère, mari), et pour une autre la « personne » était son chien. Pour quatre personnes la personne significative était la directrice, la psychologue et/ou le médecin de la résidence. Une personne a rapporté n'avoir aucune personne significative.</p> <p>&gt;En ce qui concerne le sentiment de solitude, 79,4% dit se sentir parfois ou jamais de solitude. 15,1% disent sentir souvent de la solitude et seulement 5,5% disent sentir toujours de la solitude. Parmi les personnes vivant seules, 83,3% réfère ne se sentir jamais ou presque jamais seule, tandis que 16,7% dit se sentir seuls parfois.</p> <p>&gt;En ce qui concerne les propositions pour diminuer le sentiment de solitude chez la personne âgée : plus de moments sociaux et de partage (28,8%) ; des activités de chant, manualités, de la danse, gymnastique (16,4%) ; famille plus présente et ne pas abandonner la personne âgée (15,1%) ; renforcer la communication (15,1%)</p> <p>&gt;En ce qui concerne l'état civil, sont les veuf et les divorcés qui manifestent le plus se sentir souvent ou toujours de la solitude</p> <p>&gt;En ce qui concerne les facteurs favorisants, ce sont les personnes âgées vivant en institution, les veufs et les divorcés qui formuleraient plus souvent et toujours un sentiment de solitude. Ceux qui vivent avec leur famille sentiraient au contrario moins de solitude.</p>	<p>&gt;Méthodologie : méthode pour le choix des participants en capacité de répondre pas présentée</p> <p>&gt;Pas de référence à la validation du questionnaire utilisé</p>

Tableau 7: Synthèse de l'article « *Experiences of loneliness among the very old: The Umea 85+ project* » de Graneheim et Lundman (2010).

<b>Auteurs- Année</b>	Graneheim, U. et Lundman, B. (2010).	
<b>Population / Type étude</b>	>N=30 participants âgés de 85 à 103 ans, dont 23 femmes et 7 hommes. 21 vivent seules, 9 dans des résidences protégées autonomes médico-sociales. >Étude phénoménologique.	
<b>But de l'étude</b>	>Élucider le phénomène du sentiment de solitude chez les personnes très âgées qui vivent seules.	
<b>Méthode / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
- Sélection d'une région de la Suède et d'une catégorie d'âge. Échantillonnage effectué selon les capacités cognitives des personnes, vivant seuls. 30 retenus sur 125. - Entretiens de 35 à 100 minutes semi-structurés avec des sujets programmés (expérience du vieillissement, expérience de la solitude, expériences spirituelles, expérience de confort et de consolation), utilisant des questions ouvertes majoritairement. Enregistrés et retranscrits incluant temps de silence mais aussi d'émotions (rires, pleurs).	Les expériences de solitudes vécues par les personnes très âgées vivant seules à domiciles peuvent être enrichissantes mais aussi conséquentes d'impacts négatifs. Ces critères qui influent sur l'enjeu bénéfique ou dévastateur dépend des circonstances de vie traversées par la personne et le rapport qu'elle possède avec la vie et la mort mais aussi avec le temps (passé, présent, futur). Deux aspects de la solitude furent mis en évidence ; un sentiment d'itinérance et celui de se sentir chez-soi.	- Le questionnement de la solitude est présent mais celui du vieillissement et le fait de vivre seul aussi. La nature complexe du phénomène le mêle inéluctablement à ces autres thématiques. - L'échantillon proposé partage des mêmes convictions spirituelles et réside dans une même région.

Tableau 8: Synthèse de l'article « *What is different about living alone with cancer in older age? A qualitative study of experiences and preferences for care* » de Hanratty et al. (2013).

<b>Auteurs- Année</b>	Hanratty, B. et al. (2013).	
<b>Population / Type étude</b>	>N=32 personnes âgées entre 70 et 95 ans avec cancer dans leur dernière année de vie >Étude qualitative	
<b>But de l'étude</b>	>Comparer l'expérience et les préférences de soins entre deux groupes de personnes âgées, avec cancer, dans leur dernière année de vie : ceux qui vivent seuls et ceux qui vivent avec des proches aidants.	
<b>Intervention / Méthode / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
>Entretiens semi-dirigés ou semi-structurés >Les entretiens étaient enregistrés et transcrits. >L'information était analysée selon un cadre thématique développé par une équipe de recherche. >Ce cadre a été appliqué pour tous les données récoltées. Les données étaient ensuite transcrites sur une grille qui permettait d'avoir une vision d'ensemble et d'identifier les explications et les modes de fonctionnement.	>De cette étude émergèrent 5 thèmes principaux : l'inconvénient d'être seul ; la continuité de la relation avec les professionnels de la santé ; évaluation informelle des soins reçus ; la place du soin ; planification du future.  1. L'inconvénient d'être seul : dans des questions pratiques tels que des déplacements ou organiser un rendez-vous, ainsi que dans des questions qui touchent plus le coté émotionnel tels que l'absence de quelqu'un qui puisse offrir un support émotionnel et défendre les intérêts du patient. Par contre l'attention individuelle porté au patient par une visite du médecin à domicile était plutôt une source de satisfaction.  2. La continuité de la relation : Des relations qui se maintiennent dans le temps étaient importantes surtout pour les personnes vivant seules, et dans le cadre de la continuité des soins. Un changement constant de soignants était plutôt mal vécu par les patients, à cause du manque de confiance et de connaissance mutuelle.  3. Évaluation informelle des soins reçus : Même sans une continuité dans la relation, le fait de savoir que les professionnels de la santé étaient accessibles était rassurant pour certaines personnes âgées. Les personnes âgées vivant à domicile étaient aussi satisfaites du fait que des professionnels de la santé ainsi que proches aidants prenaient le temps de parler avec elles « en tant que personnes ». Des aspects tels que la confiance, le fait de se sentir apprécié, d'avoir une relation proche et un contact empathique et authentique étaient aussi des facteurs relevés par les personnes âgées, surtout celles vivant seules.  4. La place du soin : Tous les participants ont manifesté le souhait de rester chez eux le plus longtemps possible dans le but de garder leur indépendance et garder l'option de décéder chez eux. Le fait d'aller vivre chez les enfants ou la famille était vu comme dernier recours et seulement dans le cas où cela n'interférait pas avec leur vie. La possibilité de déménager dans une résidence n'était pas vu comme un choix positif et c'était surtout associé au cout élevé, à la peur de ne pas être dans un espace adéquat pour finir ses jours et au fait de devoir partager un espace avec des personnes sans aucune assurance d'une cohabitation facile.  5. Planification devant un futur imprévisible : Aucun des participants de l'étude n'a effectué ses directives anticipées malgré le fait que tous se	>La moitié des participants étaient des hommes tandis qu'au Royaume-Uni le pourcentage d'hommes vivant seuls à domicile correspond à environ 30%. Les femmes seraient sous-représentées donc ; et les hommes auraient moins d'initiative pour parler de sujets touchant le soutien émotionnel. >Choix des participants selon des critères personnels des soignants.

	trouvaient dans leur dernière année de vie. Certains attendaient de voir leur condition se détériorer et certains ne semblaient pas conscients de l'urgence face à leur condition. Les participants en générale faisaient des projets pour le reste de leur vie mais pas pour faire face à la détérioration de leur santé. Certains manifestaient la préférence de mourir dans une résidence et pour d'autres l'important était le confort et l'absence de douleur. Les personnes vivant seules faisaient des préparatifs et organisaient leurs affaires en vue de leur décès.	
--	--	--

Tableau 9: Synthèse de l'article « *What do older people experiencing loneliness think about primary care of community based interventions to reduce loneliness ? A qualitative study in England.* » de Kharicha et al. (2017).

<b>Auteurs- Année</b>	Kharicha K. et al. (2017).	
<b>Population / Type étude</b>	>N=28 personnes âgées de 65 ans et plus. Étude phénoménologique.	
<b>But de l'étude</b>	>Description des résultats d'études mettant en évidence les perspectives des personnes âgées vivant seules, dans le but d'identifier un soutien qui peut être mis en place dans les services primaires et communautaires.	
<b>Méthode / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echelle Well-being Interventions for social and Health (WISH), 454 participants.</li> <li>- Sélection selon les réponses fournies et exclusion selon situation santé et sociale.</li> <li>- Question : « Vous sentez-vous seul la plupart du temps ? », ou réponse à 2 ou plus/6 questions de l'échelle de la solitude de de Jong Gierveld (de Jong Gierveld &amp; van Tilburg, 2006).</li> <li>- Sélection selon âge, genre, statut socio-économique, ethnicité, sévérité de la solitude.</li> <li>- Interviews enregistrés, transcrits à plusieurs.</li> </ul>	<p>L'article met en évidence les résultats transmis par les individus et décrit la compréhension et la perception du sentiment de solitude que les personnes âgées ont d'elles-mêmes. Une ambivalence est à souligner à l'égard des services primaires et communautaires ; souvent une impression d'être ciblé. La majorité des personnes âgées conclurent que les services étaient limités et qu'ils devaient gérer leur sentiment de solitude par eux-mêmes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les personnes âgées participantes à cette recherche n'ont jamais fait mention de leur sentiment de solitude au préalable.</li> <li>- Majorité de jeunes-vieux, car les personnes très âgées n'ont pas été intégrées.</li> <li>- « Minorités » ethniques peu représentées.</li> </ul>

Tableau 10: Synthèse de l'article « *A phenomenological exploration of loneliness in the older adult* » de McInnis et White (2001).

<b>Auteurs- Année</b>	McInnis et White (2001).	
<b>Population / Type étude</b>	>N=20 participants âgés de 71 ans à 85 ans, retraités. 17 femmes et 3 hommes. 16 vient seuls, 1 en couple et 3 avec d'autres personnes âgées. >Étude phénoménologique	
<b>But de l'étude</b>	>Exploration et identification des principaux éléments qualifiant le sentiment de solitude décrit par les personnes âgées vivant à domicile afin de mettre en évidence la signification de cette expérience au travers de récits subjectifs.	
<b>Méthode / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
- Sélection effectuée selon la méthode de Giorgi's (1985), phénoménologie au travers de doctrines philosophiques. - Échantillonnage effectué dans des lieux et résidence médico-sociales par le biais de flyers. - Sélection de l'âge, orientation, pas d'affectation cognitive ou mnésique, capable de se concentrer, de la langue parlé, entendue et comprise, qui verbalise une expérience du sentiment de solitude. Statuts socio-économique et marital variable. - Enregistrement des entretiens de 60 à 90 minutes, puis transcription.	<p>La solitude est un phénomène peu discuté mais bien réel. L'identification et la mise en place d'intervention par les infirmiers est essentiel. Une approche holistique et individualisée, mettant en évidence les priorités et les volontés de la personne elle-même semble représenter le début d'une approche. Il y a néanmoins une corrélation directe entre le sentiment de solitude et les affections fonctionnelles, y compris avec l'anxiété et la dépression. La recherche a pu mettre en évidence plusieurs thématiques principales. Elles sont au nombre de cinq et sont étayées par les réponses transcrites des personnes âgées.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La rupture d'amitiés et de relations importantes (de qualité).</li> <li>2. La solitude est la conséquence de la douleur, l'obscurité et la désolation accompagné par la perte de relation engendrant une modification du comportement au sein d'activités sociales.</li> <li>3. La solitude est évitée ou supportée par des techniques d'adaptations, en restant occupé par exemple.</li> <li>4. La solitude est un état d'anxiété, de peur et de tristesse influencé par la peur actuelle ou présumée de la perte d'indépendance et de déclin fonctionnel global.</li> <li>5. La solitude est un état de souffrance silencieuse dans laquelle la personne est réticente ou incapable verbaliser la solitude.</li> </ol>	<p>- Quelques chercheurs participants à l'étude sont des infirmiers en psychiatrie gériatrique, leur point de vue et leur expérience du domaine peut représenter un biais dans les interviews, ainsi des questions ouvertes qui ont été posées afin de ne pas diriger la discussion.</p>

Tableau 11: Synthèse de l'article « *Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults* » de Smith (2012).

<b>Auteurs- Année</b>	Smith, J. (2012).	
<b>Population / Type étude</b>	>N= 12. La population était composée de 8 femmes et 4 hommes âgées entre 74 et 98 ans. >Étude phénoménologique interprétative	
<b>But de l'étude</b>	>Explorer le sens des expériences de solitude parmi des personnes âgées vivant à domicile et comprendre les stratégies d'adaptation à ces situations. >Examiner le rapport entre la solitude et la santé et le bien-être de la personne âgée.	
<b>Méthode / Instrument de mesure</b>	<b>Principaux résultats</b>	<b>Limites</b>
>Des entretiens semi-dirigés utilisant trois différents guides (concernant l'histoire de la personne ; les expériences d'adaptation de la personne ; l'entretien en ce qui concerne les relations avec des amis et la famille), ainsi que l'UCLA Loneliness Scale, version 3. >Les outils utilisés : -Short Blessed Test pour évaluer l'état d'orientation de la personne -Geriatric Depression Scale -UCLA Loneliness Scale car considéré l'outil le plus universel pour mesurer la solitude	>Beaucoup de participants font l'expérience de sentiments de solitude suite à une interruption de liens significatifs en lien avec les changements liés à l'âge, ainsi que d'autres pertes tels que la perte d'un conjoint, la retraite et le fait de ne plus pouvoir conduire. >En ce qui concerne les stratégies de coping, les personnes âgées parlaient d'aller vers d'autres afin de recréer des liens, aider ceux dans le besoin et avoir un animal de compagnie. >La qualité de vie des personnes âgées peut être amélioré par la validation des sentiments de solitude par les professionnels de soins à travers d'un support et d'une écoute active. >Les facteurs de risque pour la solitude : péjoration de l'état de santé ; perte du conjoint ; perte de travail ; perte de mobilité et de transport.	



## 7. DISCUSSION

L'analyse critique des articles retenus dans ce travail a permis de dégager des thématiques communes et récurrentes qui caractérisent le *sentiment de solitude*, tel qu'il est restitué par les personnes âgées elles-mêmes. Ces thèmes sont synthétisés dans le Tableau 12 et discutés dans les sections suivantes. Ainsi, la discussion s'articule de manière à reprendre les principaux thèmes identifiés et à les mettre en perspective avec le modèle de Newman. Cette discussion devra permettre de répondre à la question de recherche : « *Comment et dans quelles conditions les personnes âgées vivant à domicile perçoivent-elles un sentiment de solitude ?* ». Pour ce faire, la discussion est construite autour de trois thèmes principaux : les facteurs favorisant, la *solitude* perçue et les stratégies pour y faire face. Chacun de ces trois thèmes comporte différents concepts qui sont mis en évidence. La dernière thématique correspond au rôle infirmier qui sera décrit et analysé selon les différents éléments présents dans les articles.

Tableau 12 : Tableau synoptique des thématiques relevées dans la revue de littérature

Thèmes		Concepts majeurs						
		Dahlberg (2007)	De Aguiar & Neto (2016)	Graneheim & Lundman (2010)	Hanratty et al. (2013)	Kharicha et al. (2017)	McInnis & White (2001)	Smith (2012)
Facteurs favorisants	Perte de relations de qualité	X	X	X	X	X	X	X
	Déclins fonctionnels	X	X	X	X	X	X	X
	Isolement	X		X			X	
	Modification du rôle social		X					X
Solitude perçue	Ressentie comme une souffrance	X	X	X	X	X	X	X
Stratégies	Gestion individuelle	X	X			X	X	
	Activités sociales		X			X	X	X
	Présence familiale		X				X	
	Présence d'un animal de compagnie		X					X
Rôles infirmiers	Prise en soins individualisée		X		X	X	X	
	Relation de confiance				X			
	Dépistage et prévention					X		X

## 7.1. Facteurs favorisants

On entend par facteurs favorisants des éléments qui, en étant présents, augmentent le risque d'être confronté à un *sentiment de solitude*. Le terme « favorisant » est décrit dans Le Petit Robert (2018) comme un événement contribuant à « l'apparition, au développement d'un phénomène, d'une situation » (p. 1020).

### 7.1.1. Perte de relations de qualité

Comme déjà référé antérieurement (section 2.3), un *sentiment de solitude* peut se déclarer suite à la perte de *relations de qualité*, ou de relations significatives comme celle du décès d'un conjoint par exemple (Vandenbrouke et al., 2012; VanderWeele et al., 2012; Rompaey, 2003 ; Weber et al., 2016). D'après l'étude de McInnis et White, (2001), la perte d'une relation essentielle, comme un/une conjoint/e, un/une ami/e ou encore un membre de la famille peut représenter une réelle « fracture » au niveau émotionnel, car cette personne apportait de l'affection, de l'affirmation et de la considération (McInnis & White, 2001).

De tous les différents concepts mis en évidence, la perte de *relations de qualité* est parmi les plus présentes dans les articles de cette revue partielle de littérature. Mais comment définir une *relation de qualité*, ou plutôt la perte de celle-ci ?

La perte d'une *relation de qualité* est tout d'abord définie comme une perte de connectivité (Smith, 2012 ; Cacioppo & Patrick, 2008) ; mais aussi comme la perte d'un monde partagé (Smith, 2012) avec un conjoint, une autre personne - voire même un animal de compagnie - avec qui il était possible de partager les pensées de la journée ainsi que les inquiétudes. En bref, une perte ou diminution de relations significatives ou donnant du sens (Smith, 2012). Pour une personne de l'étude de Smith (2012), la *solitude* vient du manque de soutien, du manque de compréhension et d'un manque d'une présence. Pour Honneth (2013) ceci se traduit par quelqu'un avec qui échanger, une relation qui donne confiance en soi et qui permet l'estime de soi. Goffman (1974) met l'accent sur l'importance du *regard de l'autre* comme élément fondamental dans le maintien de l'identité et de l'estime de soi.

Pour certaines personnes participant à l'étude mené par Lalive d'Epinay et al. (1992), la présence et la disponibilité d'amis, des enfants et petits-enfants, le contact maintenu et la possibilité de passer du temps ensemble pour garder la relation, permettre le partage d'expériences et des moments conviviaux, sont des éléments faisant partie du

sentiment de vivre des *relations de qualité* avec des personnes qui "sont tout simplement là" pour *soi*. Ainsi, le manque de soutien de nature affective et de relations plus intimes, liés à l'absence d'une véritable présence, rendrait la personne vulnérable à un *sentiment de solitude*, mettant en péril son bien-être (De Aguiar & Neto, 2016 ; Dahlberg, 2007).

Le besoin de *relations de qualité* dont un soutien émotionnel serait aussi présent chez les personnes âgées vivant seules à domicile avec des cancers en phase terminale. Pour ces personnes, selon l'article de Hanratty et al. (2013), une relation de qualité serait plutôt le résultat d'être accompagné toujours par une présence régulière (mêmes soignants), et aussi par celui d'avoir des services de santé rapidement accessibles, ainsi cela permettrait le partage de moments significatifs, ce qui est d'ailleurs au cœur de la théorie de la *santé comme expansion de la conscience* de Newman (Newman, 2008).

Un autre élément mis en évidence dans l'étude de Dahlberg (2007), est le sentiment d'appartenance et le lien avec l'importance de la confiance développée dans une relation considérée de qualité. Pour compléter ce tableau, Graneheim et Lundman, (2010) mettent en miroir le sentiment d'appartenance avec celui d'exclusion et d'abandon, qui serait aussi associé à un *sentiment de solitude*. Ces différents éléments tels que les pertes successives et l'absence du sentiment d'appartenance, de confiance, de connexion ou de présence d'une personne significative, alimenteraient le sentiment d'abandon ainsi que le *sentiment de solitude* (Graneheim & Lundman, 2010 ; Dahlberg, 2007 ; McInnis & White, 2001).

Il est intéressant de noter que dans le cadre de la posture infirmière, pour Newman (2008) le soin relationnel est au cœur de l'approche infirmière et l'objectif de l'infirmier est de faciliter ce contexte de soin par une *relation authentique*, ce qui signifie donc d'aller à la rencontre des personnes dans leur situation, de comprendre ce qui est véritablement important pour elles et les accompagner dans ce processus *d'expansion de la conscience* (Newman, 1999). D'une certaine manière, l'infirmier devient donc dans ce contexte une personne significative.

### **7.1.2. Déclins fonctionnels**

Les déclins fonctionnels représentent les changements encourus au niveau de la santé, physique comme psychique ou émotionnelle, ayant le potentiel d'augmenter le risque de vulnérabilité à l'expérience du *sentiment de solitude*, se traduisant aussi par les difficultés à maintenir des *relations de qualité* (De Aguiar & Neto, 2016 ; Smith, 2012).

Le *sentiment de solitude*, une émotion subjective désagréable lorsqu'elle n'est pas choisie, peut en effet être associée à des problématiques d'ordre physiologiques. Qu'elles en soient les causes ou les conséquences, les complications physiques, psychiques et émotionnelles sont envisageables, pouvant complexifier la situation des personnes, par conséquent leur prise en soins. Ces différents déclins peuvent être à l'origine d'un « syndrome de fragilité » (De Aguiar & Neto, 2016, p. 316) qui serait le résultat de changements liés au processus de vieillissement, ainsi qu'à la difficulté à surmonter les différentes pertes, s'associant bien souvent à un sentiment de tristesse, pouvant mener la personne qui en fait l'expérience à un syndrome dépressif (De Aguiar & Neto, 2016), et par la suite à un *sentiment de solitude*. Kharicha et al. (2017) évoquent également le lien existant entre le processus de vieillissement lui-même et les pertes qui lui sont inhérentes comme la perte de famille et amis et un déclin de la santé.

Une péjoration de l'état de santé pourrait représenter un risque plus élevé pour la personne de souffrir d'un *sentiment de solitude*, qu'elle en soit une conséquence ou son origine (Smith, 2012 ; Cacioppo & Patrick, 2008). Les nombreux aspects liant le *sentiment de solitude* aux différentes affections physiologiques et somatiques sont rapportés dans bon nombre de recherches et possèdent également un impact sur l'espérance de vie (Kharicha et al., 2017 ; Cacioppo & Patrick, 2008). Les déficits peuvent également se manifester au niveau émotionnel et comportemental ; l'anxiété et la dépression y sont bien souvent associées ainsi que des comportements de consommation de substances psychoactives (McInnis & White, 2001), un comportement addictif à l'alcool et même le suicide (Rokach, 1999). D'autres études font le lien avec l'asthme, la fonction respiratoire (Lebret, Perret-Vaille, Mulliez, Gerbaud & Jalenques, 2006) et les risques cardiovasculaires non négligeables (Cacioppo & Patrick, 2008).

D'autres auteurs mettent en avant la perte de fonctions importantes pour l'indépendance des personnes (Hanratty et al., 2013 ; Graneheim & Lundman, 2010 ; McInnis & White, 2001), le fait de voir diminuer sa capacité de mobilité ainsi que l'incapacité à conduire une voiture par exemple ou à se déplacer de manière indépendante (Smith, 2012). Les déclin fonctionnels et sensoriels contribueraient aussi à renforcer le *sentiment de solitude* ; ces pertes (problèmes auditifs, visuels, faiblesse musculaire, par exemples) et la dépendance qui s'installe de manière subséquente participent à l'expérience de la *solitude* (Graneheim & Lundman, 2010). Une perte de vision, de l'audition ou souffrir d'une maladie cancéreuse peuvent conduire la personne à un isolement social qui augmente le risque de souffrir d'un *sentiment de solitude* (Hanratty et al., 2013). Ce déclin fonctionnel, qu'il trouve son origine ou sa conséquence au niveau physique, psychique ou émotionnel, serait aussi pour certaines personnes, la raison d'une perte de réseau social.

Finalement, comme le disait une personne de l'étude de Smith (2012), la personne se sent prisonnière chez elle, et, pour certaines personnes cela devient encore plus vrai en fonction des moments de la journée, des jours de la semaine, des saisons de l'années et des années d'une vie. Lalive d'Epinay et al. (1992) présentent la situation d'une dame qui appréhende l'hiver à cause de ses difficultés de locomotion. Celles-ci l'obligent à rester chez elle tant que les conditions pour sortir ne sont pas idéales face à son risque de chute. Dans cette situation, qui est loin d'être unique, la probabilité qu'une situation anxiogène s'installe, dû à la diminution progressive des ressources de la personne, diminuant ainsi sa à faire face à des facteurs de stress (Rodriguez-Manas, 2013) ce qui peut représenter un facteur de risque de l'apparition d'un *sentiment de solitude*. Un second exemple pourrait illustrer ce propos ; la situation d'une femme âgée qui s'est aussi sentie coupée du monde à cause de sa maladie, évoquant à ce propos : « J'avais juste une ou deux amies, on se téléphonait, comme ça. Mais depuis que j'ai été malade, ma maladie m'a coupé tout, tout, tout ! (...) Les gens m'ont laissé parce que j'étais malade ; ces gens-là, non, non : je ne veux pas courir après ! L'amitié, cela n'existe pas ! » (Lalive d'Epinay et al., 1992, p. 85).

Lorsque le déclin fonctionnel est énoncé, en dehors du ressenti de la personne elle-même, il est pertinent de préciser que la totalité des affections sont impliquées ; physiques, psychiques, émotionnelles possédant des versants comportementaux et sociaux. En effet, la dépression, par exemple, peut être liée de manière très singulière au *sentiment de solitude* (Kharicha et al., 2017 ; McInnis & White, 2001 ; Dahlberg, 2007 ; De Aguiar & Neto, 2016) ; mais toutes les solitudes ressenties n'engendrent pas

systématiquement une dépression, un déclin fonctionnel ou une accélération du processus de vieillissement et une mortalité prématurée. C'est là toute la complexité de l'identification du *sentiment de solitude* et son lien, existant ou supposé, avec les affections physiologiques que vit la personne. Cette complexité engendre des difficultés dans l'appréhension de la santé des individus exprimant percevoir un *sentiment de solitude*.

La définition de la santé selon l'OMS (1946) indique qu'une personne, pour être considérée comme étant en bonne santé, doit se trouver dans un état de bien-être au niveau « physique, psychique et social », et pas uniquement en « l'absence de maladie ou d'infirmité » (p. 1). Dans la plupart des propos rapportés par les personnes elles-mêmes dans les articles sélectionnés, elles ne se sentent pas dans un état de bien-être, ne considérant leur *solitude* comme étant ni bénéfique ni agréable, mais plutôt comme étant synonyme de souffrance. A cela s'ajoute le rôle social des personnes, qui aura une tendance à se modifier à mesure de leur existence, contribuant de manière indirecte un impact potentiel sur leur *sentiment de solitude*. Ne remplissant pas les conditions proposées par l'OMS pour se trouver en bonne santé, il est donc possible de concevoir une forme de vulnérabilité, au niveau psychologique et social notamment, mais aussi émotionnel. Graneheim et Lundman (2010) soutiennent ces propos, soulignant que les différentes pertes rencontrées pendant le processus de vieillissement sont d'ordre fonctionnelles (physiques et psychiques) mais aussi relationnelles et sociales.

Le déclin fonctionnel pourrait donc être compris autant comme une cause que comme une conséquence d'un *sentiment de solitude*. Dans une approche telle que celle proposée par Newman (2008), il serait donc d'autant plus important que le soignant tienne compte des déclin fonctionnels de la personne, dans une approche de qualité où l'espace de la relation puisse faciliter une prise de conscience des relations entre le déclin fonctionnel, la participation sociale et le *sentiment de solitude*, en vue d'un soutien positif de l'expérience de la personne.

### 7.1.3. Isolement

Selon Weber et al. (2016), le réseau social et l'intégration sociale diminuent de manière importante avec l'âge, en particulier à partir de 75 ans. Selon cette source, dans le contexte suisse, 17 à 25% des personnes ayant atteint l'âge de la retraite déclarent ne bénéficier que d'un faible soutien social. De 21 à 28% des personnes rapportent n'avoir aucune personne de confiance avec qui elles peuvent parler de leurs problèmes personnels, 30 à 39% ne participent jamais à des manifestations de groupes sociaux tels que, des associations ou des groupes culturels ou religieux. Tous ces éléments semblent indiquer que la population vieillissante en Suisse pourrait ne pas faire l'exception au risque de l'expérience du *sentiment de solitude*.

Dans les sections précédentes, les thématiques du *sentiment de solitude* et de l'*isolement social* ont été confrontées, comparées et définies. La qualité s'opposant à la quantité, la subjectivité s'opposant à l'objectivité, la volonté s'opposant à la fatalité, le sentiment s'opposant à un état de fait. Cependant ces deux concepts, aussi différents qu'ils semblent être, ne sont pas à considérer de manière dualiste ; concrètement ils ne peuvent être opposés. Cette information met en lumière un paradoxe évident. Il est certain que leurs significations sont distinctes, mais au travers des études sélectionnées dans les sections précédentes, ainsi que de ceux consultés traitant des mêmes thématiques, il est possible de constater un lien fréquent entre l'*isolement social* et *sentiment de solitude*, en dépit de l'absence de co-dépendance. En effet, ces deux phénomènes existent de manières indépendantes, tout en ayant l'un sur l'autre des impacts négatifs, aggravants et parfois décisifs.

Il est nécessaire de ne pas perdre de vue que « la solitude n'est pas l'*isolement social* », ce qui est rappelé dans l'article de Vandenbrouke et al. (2012, p.13). Celle-ci existe en dépit du fait qu'il y ait beaucoup de personnes autour (Dahlberg, 2007). Dans l'article belge, il est mentionné que l'expérience de la solitude, certes personnelle, serait une conséquence de l'échec dans les relations sociales établies avec autrui (Vandenbrouke et al., 2012). L'*isolement social* constitue donc l'une « des grandes causes du douloureux sentiment de solitude ou de manque où l'on n'a personne sur qui compter et personne à qui se confier, où l'on ne compte pour personne » (Lalive d'Epinay et al., 1992, p.7). La quantité des relations et la qualité auraient donc un impact indirect l'une sur l'autre.

Les pertes évoquées par les personnes âgées, relativement exposées dans le processus de vieillissement, ayant pris part aux recherches qualitatives mentionnées, sont récurrentes, souvent lourdes de conséquences. Les deuils successifs ont parfois mis à rude épreuve la capacité d'adaptation des personnes âgées et même leur état de santé, alimentant par le même biais, leur *sentiment de solitude*. Dans les deux études suédoises, Dahlberg, (2007) et Graneheim et Lundman (2010), la thématique de l'isolement est mentionnée. Considérée comme un des principaux facteurs de risque du *sentiment de solitude*, une nuance est soulignée, une prudence à envisager. En effet ces deux phénomènes évoluent bien souvent en parallèle et sont souvent mis en relation (Dahlberg, 2007).

Selon McInnis et White (2001) les facteurs de risques sociaux comme l'*isolement social* forcé et la perte de *relations de qualité* sont des facteurs favorisant l'avènement du *sentiment de solitude*, contribuant à vulnérabiliser la personne âgée dans son processus de vieillissement. Malgré le fait que certaines personnes résident dans des institutions, elles constatent un *isolement social* et ressentent un *sentiment de solitude* qui s'y combine (McInnis & White, 2001 ; Vandenbrouke, 2012). Dahlberg (2007) mentionne qu'en effet le *sentiment de solitude*, tout comme l'*isolement social*, existe même dans un contexte communautaire. Ce sentiment, émanant d'une relation sociale souhaitée et non-existante, met en évidence le fait que le *sentiment de solitude* est la résultante de l'absence de la présence d'un autrui significatif ; ce dernier est un « protecteur » des limbes du *sentiment de solitude* (Dahlberg, 2007). L'absence d'une *relation de qualité* sera plus délétère qu'une relation présente mais de mauvaise qualité ; l'*isolement social* ne constituant que dans certains cas une origine évidente du *sentiment de solitude*.

Dans les premières recherches effectuées, l'*isolement social* apparaissait comme le facteur principal favorisant et précipitant du *sentiment de solitude*. En effet, il y est très souvent associé en dépit du fait qu'il n'en soit pas dépendant. Dans la prise en soins infirmière, il n'est donc en aucun cas pertinent, de considérer l'un de ces deux aspects dans sa singularité, sans tenir compte de l'autre.



#### **7.1.4. Modification du rôle social**

La modification du rôle social des personnes âgées, en lien avec les changements et les pertes liés à l'âge, semblerait jouer un rôle dans l'expérience du *sentiment de solitude* (Lalive d'Epinay et al., 1992). Ces modifications peuvent toucher le bon fonctionnement de la vie psychique de la personne, selon leur capacité à vivre les différents processus de deuil (Kübler-Ross, 1975 ; Lalive d'Epinay et al., 1992). En tant que soignant, il est donc important pour l'infirmier dans une approche selon Newman (2008), d'évaluer les différents processus de deuils passés par la personne tout au long de sa vie, afin d'identifier sa capacité à les affronter et la rendre plus consciente de ses ressources et possibilités pour faire face aux différents changements de rôle.

La modification du rôle social dans le cas de femmes devenues veuves suite au décès de leur mari serait vécu comme un « choc affectif majeur » (Lalive d'Epinay et al., 1992, p. 90). L'impact de la perte du conjoint pour des femmes âgées de 75 ans il y a 30 ans en arrière doit bien sûr être analysé au regard de l'évolution de la société notamment en ce qui concerne le rôle de la femme ainsi que sa dépendance vis-à-vis d'une figure masculine, ce qui doit être associé à des implications financières et sociales non négligeables pour ces femmes (Lalive d'Epinay et al., 1992).

L'étude de Lalive d'Epinay et al. (1992) se limitant à l'expérience des femmes veuves, ne tient pas compte du vécu des hommes veufs, et selon l'étude de De Aguiar et Neto (2016), seraient les hommes veufs ou divorcés ceux qui ressentiraient le plus un *sentiment de solitude*.

Selon l'échelle de Holmes et Rahe (1967), utilisée pour « établir les relations entre des phénomènes biologiques, physiologiques et sociologiques » (Guillet & Hermand, 2006) et déterminer la probabilité que la santé soit affectée au cours de l'année qui précède, la perte du conjoint aurait la cote maximale de 100 unités de changement de vie (life change units, ou LCU). Quand cette valeur est comparée à celle de la perte d'un parent proche (coté à 63 LCU), ainsi qu'aux maladies et blessures personnelles (coté à 53 LCU), à la retraite (coté à 45 LCU), ou encore à la mort d'un ami proche (coté à 37 LCU) (Scully, Tosi & Banning, 2000), il est mieux possible de se rendre compte de l'impact stressant que la perte d'un conjoint peut éventuellement déclencher.

Il semblerait, selon l'étude de Lalive d'Epinay et al. (1992), qu'un veuvage prématuré permettrait de « s'adapter plus facilement, de réorganiser sa vie, de faire des plans

d'avenir dans une certaine indépendance. » (p.91). Par contre pour d'autres personnes de cette étude, en fonction des circonstances de la mort du conjoint (selon ce qu'il aura été précédé d'une longue maladie ou une mort subite) le deuil aurait été plus compliqué à vivre, et pour certaines même cela aura été impossible même plus de dix ans après la perte de leur conjoint (Lalive d'Epinay et al., 1992).

Un autre élément mis en évidence par l'étude de Smith (2012) soutient que le changement de rôle lors de la retraite affecterait plus les hommes que les femmes. L'hypothèse mise en avant est que l'identité de l'homme serait plus forgée par le monde du travail, que la femme (Smith, 2012). Dans cette étude plusieurs hommes auraient déclaré se sentir désespérés et inutiles à la suite de leur retraite (Smith, 2012), et que ces éléments auraient favorisé leur *sentiment de solitude* chez eux.

Comment approcher donc une personne dont le changement de rôle social vient favoriser un *sentiment de solitude* ? Il faudrait en tout cas multiplier les approches ou les personnaliser car les raisons du *sentiment de solitude* pour un homme et pour une femme ne semblent pas être les mêmes. L'expansion de la conscience chez une personne qui traverse un changement de rôle social devrait donc tenir compte des expériences passées afin de renforcer et valoriser les ressources des personnes, dont leurs compétences.

## 7.2. Solitude perçue : une souffrance

Le *sentiment de solitude* traduirait un ressenti, subjectif, compliqué à identifier et cerner, que l'individu éprouve lorsque la qualité des relations n'est pas satisfaisante (Kharicha, 2017; Vandenbrouke et al., 2012; VanderWeele et al., 2012; Rompaey, 2003; Weber et al., 2016). Même si certaines personnes peuvent rechercher la *solitude*, et même la souhaiter, et dans ce cas, elle peut devenir bénéfique, le *sentiment de solitude*, c'est-à-dire plus précisément *de solitude affective* serait plutôt une expérience subie tel un traumatisme. Cette expérience serait vécue finalement comme une souffrance silencieuse (McInnis & White, 2001) et une expérience de détresse, négative, indésirable et personnelle (Luanaigh & Lawlor, 2008; VanderWeele, Hawkey & Cacioppo, 2012; Campéon, 2016).

Dahlberg (2007) parlera de *solitude infligée* que l'on ne peut pas contrôler et qui peut tout simplement arriver. Selon les résultats de l'étude de Dahlberg (2007), les personnes définiraient donc ce sentiment par le fait de se sentir rejeté, exclu, oublié, abandonné, non désiré ou inutile. Pour Graneheim et Lundman, (2010) ce serait aussi le fait de se sentir invisible ou encore abandonné, comme si personne ne considérait. Pour une personne de l'étude de Smith (2012), le *sentiment de solitude* se vivrait comme un « terrible » sentiment mélangé à de la « colère » (Smith, 2012, p.302), et comme un profond malaise à la vue de la « chaise vide » (Smith, 2012, p.302). Une autre personne parlera d'un « appartement vide » (Lalive d'Epinay et al., 1992, p.18) et encore une autre du fait de se « trouver seule devant l'assiette » (p.59). D'autres encore associent cette expérience à de la tristesse, de la perte, de la solitude, de la peur et même de l'ennui (Smith, 2012 ; McInnis & White, 2001), et même à un sentiment de dépression, de perte de sens, de tristesse. Certains expriment un sentiment de crainte, d'abandon et d'anxiété (McInnis & White, 2001).

Pour les femmes veuves du groupe des *tourmentées* de l'étude de Lalive d'Epinay et al. (1992), le *sentiment de solitude* se définit comme « un sentiment douloureux, (...) profond, par moments intolérable. » (p.57). Ce serait le cas d'une dame qui exprimait une peine profonde suite à la mort de son mari, disant « Mon mari, il m'avait donné... presque la vie » (Lalive d'Epinay et al., 1992, p.58). Ces dames parlent d'un sentiment de tristesse du fait de ne plus pouvoir communiquer et de partager des moments avec leurs conjoints (Lalive d'Epinay et al., 1992). Une autre dame disait : « La disparition de mon mari m'a laissé un vide auquel je n'avais jamais songé, parce que, sans avoir fait cette expérience, on ne peut pas se l'imaginer » (p.139).

De Aguiar et Neto (2016) associent l'expérience du *sentiment de solitude* à un sentiment de peine et d'angoisse, qui conduit la personne à un mal-être dû principalement au manque de soutien de nature affective en lien avec un manque de relations sociales plus intimes. Il aurait aussi un sentiment de non-appartenance ou de ne plus se sentir capable de s'identifier avec la vie actuelle, et finalement un sentiment de désintérêt dans les relations existantes, et d'une sensation désagréable de vide (De Aguiar & Neto, 2016 ; Lalive d'Epinay et al., 1992).

### 7.3. Stratégies

Dans différentes études considérées dans la revue partielle de littérature, il était aussi question de stratégies d'adaptation en lien avec la *solitude*, mais aussi avec le *sentiment de solitude*. Les différentes stratégies sont révélatrices des ressources des personnes et des moyens utilisés. Ainsi, si pour certaines personnes une présence est indispensable, soit-elle de celle de quelqu'un de la famille ou même d'un animal de compagnie, pour d'autres il est important de se sentir entouré et faisant partie d'un réseau de vie humaine et pour d'autres encore il est important de ne pas dépendre des autres. Pour ce dernier groupe ce sont donc des personnes qui font plus souvent appel à leurs propres ressources. Dans tous les cas, qu'importe la stratégie ou son efficacité, il est surtout question d'une posture infirmière qui tienne aussi compte du côté affectif et émotionnel de la personne, mettant en lumière la pertinence de proposer une stratégie individualisée.

#### 7.3.1. Gestion individuelle

Parmi les différents éléments mis en avant par les personnes participant aux différentes études de cette revue de littérature, il semble que la présence d'une forme de religiosité ou de spiritualité pourrait avoir un impact positif dans l'expérience du *sentiment de solitude*. Ainsi, d'après Cintra et Andrade (2014), cité par De Aguiar et Neto (2016), il y aurait un lien important entre la qualité de vie d'une personne âgée et son rapport à la religion/spiritualité, ainsi qu'avec son histoire de vie, et plus particulièrement la manière dont la personne aurait vécu sa vie. La thématique spirituelle entre en ligne de compte également selon McInnis et White (2001), l'évoquant comme une ressource importante pour pallier le *sentiment de solitude*. La spiritualité (Pepin & Cara, 2001) leur permet de trouver ou de donner un sens aux événements de leur existence, sollicitant le pasteur, le prêtre et les autres représentants religieux et spirituels comme ressources (McInnis & White, 2001), afin de se sentir en connexion avec *Dieu* (McInnis & White, 2001) ou toute autre divinité. L'expérience de la prière serait aussi un exercice de foi soutenant (Lalive d'Epinay et al., 1992). La spiritualité permettrait aussi, pour certaines personnes, de trouver un nouveau sens à leur existence et de regarder le monde avec une expression de gratitude (Lalive d'Epinay et al., 1992).

McInnis et White (2001) mentionnent qu'une participante, évoquant une souffrance notable de son *sentiment de solitude*, relativise et positive sur sa situation, se remémorant des souvenirs agréables. Dans la recherche de Kharicha (2017), une

participante évoque le fait qu'elle se sente seule et isolée et qu'elle ne désire pas le partager avec d'autres personnes. Malgré le fait qu'elle désire gérer cette situation de manière individuelle, elle n'approfondit pas de manière explicite ni son *sentiment de solitude*, ni les tenants ou les aboutissants qui pourraient y être associés. Cette constatation est récurrente dans les recherches effectuées sur les thématiques de *solitude* et de *sentiment de solitude*. Dans une approche soignante selon Newman (2008), il est pertinent de considérer la personne et son ressenti du *sentiment de solitude*, et d'objectiver le plus possible le vécu et les ressources personnelles pour accompagner l'individu dans la reconnaissance, la compréhension et la transformation de son expérience du *sentiment de solitude*.

Dans la recherche de McInnis et White (2001), le *sentiment de solitude* est exprimé comme une souffrance silencieuse. Les participants évoquent la peur qu'ils ont d'exprimer clairement leur ressenti à cause d'une stigmatisation et d'une catégorisation qui pourrait en découler (McInnis & White, 2001 ; Kharicha et al., 2017). Ces sentiments négatifs ne regardent personne d'autre qu'eux-mêmes, d'ailleurs personne ne souhaite entendre des éléments si négatifs. D'autres dans la même étude comprennent et interprètent leur *sentiment de solitude* comme étant une faute, le résultat de leurs propres actions (McInnis & White, 2001). A l'inverse, un participant dans l'étude de Dahlberg (2007), exprime de manière négative qu'il ne possède personne avec qui parler de sa *solitude*.

Parfois la gestion individuelle est mise en échec par la situation de la personne qui la fait souffrir de manière conséquente pouvant représenter un obstacle à sa capacité d'adaptation. Dahlberg (2007) évoque que la personne qui souffre d'un *sentiment de solitude* se sent parfois rejetée, exclue, oubliée, abandonnée, indésirable ou inutile parce qu'elle pense ne pas compter ou ne pas être suffisamment bien, ce qui laisse penser à un profond mal-être et un sentiment d'appartenance inexistant. Se liant avec le sentiment d'abandon, il est d'autant plus compliqué pour les individus qui en souffrent de mettre en place des stratégies efficaces pour diminuer ce *sentiment de solitude*, qui engendre une souffrance notable, une peur constante (Dahlberg, 2007). Le défi réside alors dans la capacité à établir de nouvelles connexions avec des personnes autour, afin d'éviter une péjoration de la situation.

### **7.3.2. Activités sociales**

Selon l'étude de De Aguiar et Neto (2016), les personnes âgées qui participent régulièrement à des activités sociales, souffriraient moins de *solitude*. L'étude ne

spécifie cependant pas si les personnes parlent vraiment d'un *sentiment de solitude*, dans le sens d'un manque de relations personnelles et intimes (Neto, 2000), ou tout simplement du sentiment de se sentir seules, c'est-à-dire, dans un manque de contact social.

Pour les participants de l'étude de Kharicha (2017), les activités sociales jouent un rôle important si lors de ces occasions de rencontre les participants ont la possibilité de rencontrer d'autres personnes qui partagent les mêmes intérêts qu'eux. Il est aussi précisé que les activités pratiquées en groupe sont plus agréables si elles sont communes mais cela nécessite que les participants aient des compétences sociales, qu'elles soient intéressées dans ce processus ou capable de l'effectuer (Kharicha, 2017). Les activités, quelles qu'elles soient, doivent aussi être des activités pour lesquelles un certain intérêt existait déjà avant (Kharicha, 2017).

Dans l'article de McInnis et White (2001), il est mentionné que les pertes occasionnées par le processus de vieillissement, en particulier les nombreux décès au sein du réseau social, provoquent une diminution évidente de ce dernier, contraignent les personnes âgées à développer ou à remobiliser des compétences de socialisation. Une femme s'exprime à propos de cela disant qu'après le décès de son conjoint, c'était comme si quelqu'un avait pris un couteau et avait coupé quelque chose, et qu'elle se sentait de trop au milieu des autres couples d'amis. Ce sentiment touchait même la perception que cette dame avait d'elle-même (McInnis & White, 2001). Cependant, effectuer de nouvelles rencontres peut s'avérer être une technique d'adaptation qui peut diminuer les impacts néfastes du *sentiment de solitude* (McInnis & White, 2001). Il en va de même pour les personnes de l'étude de Smith (2012). Selon certains, il serait très important de garder un certain engagement social afin de soulager la *solitude*. Pour ces participants il est donc important d'aller vers les autres en proposant des repas et de sorties diverses, en demandent régulièrement des nouvelles par téléphone, de passer du temps avec leurs petits-enfants. Comme le disait une participante de cette étude, aller vers les autres c'est une façon de sortir de soi-même (Smith, 2012).

Cependant, dans l'article de Kharicha et al. (2017), certains participants évoquent que les activités sociales ne représentent pas pour eux des stratégies efficaces. Concrètement ils ne visualisent pas d'intérêts particuliers d'y participer car ils n'ont pas spécialement envie d'entendre d'autres personnes parler de leurs problèmes respectifs, dans des groupes de paroles par exemple. Dans cette même recherche, d'autres arguments comme l'absence de satisfaction des activités selon leur affinités,

le manque d'activités individualisées ou encore l'ambiance qui ne correspondait pas à leurs attentes sont décrites par les participants, en dépit d'une attention très particulière et bienveillante proposée par les professionnels de la santé travaillant sur place, décrit comme généraux par une participante (Kharicha et al., 2017).

### **7.3.3. Présence familiale**

Selon l'étude de De Aguiar et Neto (2016), la santé et le bien-être de la personne dépendent de l'homéostasie interne et externe qu'elle arrive à maintenir avec son milieu. La personne âgée peut donc se trouver dans un contexte sociétal et familial où l'inquiétude envers la prospérité économique et la productivité parlent plus haut, poussant donc les personnes âgées à des situations graves de *solitude* et d'exclusion (Figueiredo & Cerqueira, 2004). Dans ce contexte de vie, la principale cause d'isolement est presque naturellement en lien avec l'absence de la famille. Selon Lalive d'Epinay et al. (1992) la difficulté principale est que les personnes qui souffrent de cette carence familiale n'ont, très souvent, pas compensé celle-ci par un réseau de relations amicales. Ainsi, « ils ne voient presque personne, ne fréquentent pas leurs voisins, n'appartiennent d'ordinaire à aucun groupement culturel, religieux, social ou autre » (Lalive d'Epinay et al., 1992, p.7).

Pour les personnes de l'étude de De Aguiar et Neto (2016), les personnes significatives étaient surtout le conjoint ou quelqu'un de leur famille proche, pour d'autres, il s'agissait surtout de leurs petits-enfants qui apportaient un soutien affectif important. Pour les personnes de cette étude, la présence familiale et surtout le fait de ne pas se sentir abandonné par la famille, surtout suite à des conflits familiaux, semblent être des facteurs pour diminuer le risque de souffrir d'un *sentiment de solitude* (De Aguiar & Neto, 2016). Dans la recherche américaine de McInnis et White (2001) la thématique du sentiment d'abandon est également abordée. En lien direct avec un état de souffrance psychique et émotionnelle, certains participants évoquent le fait que la présence familiale pourrait représenter une ressource évidente, mais surtout que l'absence de cette présence serait source de souffrance. C'est ce que l'étude de McInnis et White (2001) met en avant par rapport au *sentiment de solitude* et de tristesse de certains membres d'une famille existante mais éloignée géographiquement. Toutefois, la présence familiale ne représente pas dans toutes les situations une ressource évidente car les générations ne sont pas inscrites dans les mêmes dynamiques (McInnis & White, 2001).



#### **7.3.4. Présence d'un animal de compagnie**

Il semblerait que la présence d'un animal de compagnie peut apporter un soutien affectif important pour certaines personnes (De Aguiar & Neto, 2016). Certaines personnes âgées hésiteraient même à se laisser faire institutionnaliser en maison de retraite par peur de devoir se séparer de leur animal de compagnie (De Aguiar & Neto, 2016)

Dans l'étude de Smith (2012), la présence d'un animal de compagnie permettrait, selon une participante, de pouvoir porter son attention sur quelqu'un d'autre qu'elle-même. Le fait d'avoir un animal de compagnie aiderait la personne à ne pas se confronter constamment à un *sentiment de solitude* et à faire en sorte de rendre l'existence moins difficile (Smith, 2012). Selon Lalive d'Epinay et al. (1992), les animaux de compagnie peuvent être chargés d'une telle charge affective que pour certaines personnes seules prennent un rôle « quasi familial » (p. 113).

## 7.4. Rôle infirmier

Le rôle de l'infirmier à domicile peut être déterminant pour améliorer le bien-être de la personne âgée. Une des critiques des personnes répondant à l'étude menée par Hanratty et al. (2013), est que les soignants auraient tendance à ne pas tenir vraiment compte des besoins émotionnels des personnes âgées souffrant de cancer. Les personnes se sentiraient moins bien informées concernant les différents aspects de leur prise en soins, et sembleraient souffrir d'une grande difficulté à créer des liens avec des soignants qui ne tiendraient pas compte des besoins émotionnels et dont l'alternance des soignant se produisait régulièrement.

Cette réalité vécue par certaines personnes met en lumière un aspect essentiel des soins infirmiers et qui est aussi mis en avant par Newman (2008) dans sa théorie de *l'expansion de la conscience* : l'importance d'une *présence de qualité*, construite autour de ce qui est important pour la personne soignée ainsi que pour le soignant dans sa pratique infirmière (Aligood, 2014 ; Parker & Smith, 2010). La théorie de la *santé comme expansion de la conscience* porte un regard sur la posture infirmière qui s'illustre par le fait *d'être avec*, plutôt que de *faire pour* (Parker & Smith, 2010). Dans cette posture soignante, l'infirmier part à la rencontre de la personne conscient d'aller vers "l'inconnu", et considère ce qui est véritablement important pour la personne soignée. C'est avec cette posture que l'infirmier prend conscience de ce qui signifie *être en santé* pour la personne soignée, en rapport avec les relations et les événements de la vie, significatifs pour la personne.

Dans le modèle de Newman, l'infirmier propose sa *présence transformative* (Parker & Smith, 2010), tout en sachant que cette interaction avec la personne sera orientée par l'importance accordée par celle-là à son expérience de santé. Dans ce sens, l'infirmier accompagne la personne dans le processus de devenir plus soi-même, de trouver plus de sens à sa vie, et d'atteindre de nouveaux niveaux de connectivité avec les autres personnes et le monde (Newman, 2008). Les différents articles de cette revue de littérature ont mis en évidence des éléments importants pour les personnes en ce qui concerne l'intervention infirmière.

#### **7.4.1. Prise en soins individualisée**

Le discours de certaines personnes interviewées évoque le fait que leur prise en soins soit faite de manière individualisée. Ce serait le cas pour certaines personnes âgées avec cancer en phase terminale vivant seules à domicile. Selon l'étude de Hanratty et al. (2013), les besoins émotionnels et pratiques sont souvent peu pris en compte par les professionnels de la santé intervenant à domicile. Cela semble aussi être le cas pour certains répondants dans la recherche menée par Kharicha et al. (2017), qui décrivent l'importance de la présence de soignants, soulignant l'atout capital de la sympathie et de l'empathie à l'égard des personnes, mais faute de temps ou de priorisation, l'expression des ressentis des répondants n'a pas le temps d'être abordé lors des visites ou des entretiens médicaux. Une personne interviewée dans la recherche de Dahlberg (2007) évoque également l'absence de temps dans le programme des soignants pour pouvoir exprimer ses ressentis.

Les répondants se sentiraient donc plus délaissées, et leurs besoins d'information et de soutien émotionnel, moins bien pris en considération par les professionnels de la santé. Dans ce contexte, il serait important que les infirmiers puissent prendre le temps de s'intéresser à ce qui est vraiment important pour les personnes en lien avec des événements ou relations significatives pour elles. Une approche holistique, prodiguant un environnement favorable (McInnis & White, 2001) peut encourager les personnes à parler de leur expérience de *solitude*. Ces deux concepts, intérêt significatif des infirmiers pour les priorités de la personne et une approche holistique et individuelle, sont prépondérants dans la théorie de soins de Newman, qui évoque un processus de transformation des deux individus au travers de leur relation (Aligood, 2014).

Selon De Aguiar et Neto (2016), la non compréhension du vécu de la personne âgée par ceux qui sont en contact avec elle, peut être à l'origine de sentiments de tristesse et réveiller des *sentiments de solitude* qui peuvent conduire à un syndrome dépressif et par la suite à un syndrome de fragilité, d'où l'importance d'être capables en tant qu'infirmiers de pas seulement écouter activement les personnes (Smith, 2012), mais aussi d'agir de forme "proactive" afin de considérer les besoins des personnes âgées vivant à domicile (Hanratty et al., 2013).

Cette idée d'anticiper les besoins est aussi soutenue par Winnicott (1956), lorsqu'il met en avant le *holding* maternel. Pour Winnicott (1956), si l'enfant n'a pas pu bien vivre son « développement émotionnel primitif » (cité par, Agostini, 2005, p. 69), ce sera

donc au soignant d'offrir la possibilité de réparer les déficiences, en procurant « des conditions externes favorables équivalant aux soins maternels primaires » (Agostini, 2005, p.69). En d'autres mots, aider une personne âgée à vivre l'expérience d'un *sentiment de solitude*, signifie pour le soignant d'être prêt à assumer un rôle équivalant à celui du *rôle maternel*, dans le sens de ne pas juste répondre à des besoins mais aussi d'offrir une présence rassurante, non-jugeant, accueillante, capable de transmettre aussi un message valorisant pour la personne, d'autant plus si elle traverse l'expérience difficile et complexe du *sentiment de solitude*.

#### **7.4.2. Relation de confiance**

Pour certains participants de l'étude réalisé par Hanratty et al. (2013), une des barrières à une relation de confiance entre les soignants et les personnes âgées à domicile est le fait que différents soignants passent à différents moments pour accompagner la même personne. Pour les participants de l'étude d'Hanratty et al. (2013), le fait d'avoir des personnes de référence, c'est-à-dire, toujours les mêmes soignants qui passeraient chez la personne âgée à domicile, pourrait faciliter les échanges et le climat de confiance.

D'autres participants relèvent la qualité de la personnalité du soignant (médecin ou infirmier), précisant la sympathie, l'empathie, l'humanité et l'écoute (Kharicha et al., 2017), comme essentiels à la création d'un climat de confiance. En dépit du temps parfois court des entretiens, les participants sentent l'investissement des professionnels de la santé, ce qui leur apporte de la sécurité dans les soins. Cette considération dont ils bénéficient se ressent au travers des conversations, de l'empathie, de l'opportunité d'exprimer ses émotions et de recevoir un support réciproque et d'une relation de confiance (Kharicha et al., 2017). D'autres participants se sentent incapables de discuter de sujets sensibles tels que la solitude sans qu'une vraie relation de confiance ne soit établie (Kharicha et al., 2017). Les infirmiers doivent être en mesure de se montrer présents, de répondre aux besoins des personnes âgées en fonction de leurs expériences et de leur situation, favorisant avant tout leur bien-être (McInnis & White, 2001). L'absence de confiance dans une relation risque de renforcer d'avantage le *sentiment de solitude* de la personne âgée à domicile. Dans l'étude de Dahlberg (2007), certains participants évoquent aussi le fait de ne pas être compris ou considéré par le soignant. Ne trouvant ni de sens, ne de réponse, ne de répondant en face d'eux, ils ne purent pas ressentir autre chose que de l'inconfort.

L'approche infirmière soutenue par la théorie de la santé comme expansion de la conscience de Newman (2008) met en avant une posture soignante dans le cadre d'une relation de qualité basée sur des qualités telles que l'empathie, la sympathie, l'écoute et d'autres qualités humaines, qui semblent répondre aux besoins exprimés par la plupart des participants des études évoquées. Il est donc important de favoriser l'instauration d'un climat de confiance dès les premières rencontres en proposant des conditions de rencontre accueillantes et en appréhendant la personne dans sa globalité et en tenant compte de son environnement (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux [ANESM], 2014).

#### **7.4.3. Dépistage et prévention**

Comme mis en évidence précédemment, le processus de vieillissement est une suite de modifications successives et une évolution d'un équilibre, agrémentés de pertes et de gains. Les pertes se représentent souvent comme des deuils pour la personne âgée, qu'ils soient le décès d'une personne avec laquelle la relation était de qualité, ou la perte de fonctions, d'autonomie ou d'indépendance. La souffrance psychique occasionnée par un processus de deuil difficile qui pourrait affecter la personne et la conduire à vivre des « difficultés existentielles » (ANESM, 2014, p. 286).

Selon Smith (2012), beaucoup de personnes âgées sont à risque de souffrir d'un *sentiment de solitude* à cause d'un état de santé qui se péjore et qui les empêche de garder des relations significatives. Le professionnel de santé a donc un rôle important à jouer dans le dépistage de ces situations à risque et dans la mise en œuvre d'interventions permettant d'aider les personnes âgées à rester connectées avec un réseau de personnes soutenant (Smith, 2012).

Différents outils existent pour évaluer ou dépister la solitude. Smith (2012) met en avant le UCLA Loneliness Scale, de Russell (1996), un outil d'évaluation psychologique qui consiste en vingt questions surtout basées sur des sentiments humains (Cacioppo & Patrick, 2008). L'échelle de la solitude proposée par de Jong Gierveld et van Tilburg (2006) sert aussi de base dans différentes études afin de révéler la possible présence d'un *sentiment de solitude*. Ces différents outils peuvent servir de référence afin d'aider les soignants à porter un jugement ou un regard clinique devant certaines situations. Mais il ne faut pas oublier que chaque expérience est particulière, unique et construite autour d'une histoire et d'un contexte de vie totalement différents les uns des autres. Ces différentes échelles pourraient en fait finir

par augmenter le risque de conditionner la représentation de la personne soignée en fonction des réponses données, et d'éloigner le soignant du vécu du moment de qualité. Il est donc important de ne pas limiter le regard infirmier aux résultats pouvant être mis en évidence par ces échelles et insister plutôt sur un positionnement dans le cadre d'un *savoir-être* infirmier, qui n'est pas universel non plus car chaque soignant aborde la problématique avec sa propre histoire et sensibilité personnelle. D'où l'importance de l'*authenticité* dans l'approche infirmier.

## 8. CONCLUSION

La revue partielle de littérature effectuée dans ce travail, synthétise les résultats de plusieurs études en amenant des réponses à la question de recherche qui portait sur la perception du *sentiment de solitude* par les personnes qui la vivent. L'intérêt de la démarche adoptée a été de recourir à des études se basant sur une approche qualitative, les seules à même de documenter la perspective des répondants, nécessaire pour comprendre une douleur et une souffrance émotionnelle, qui n'auraient pas pu être mises à jour par une étude de type quantitative (McInnis & White, 2001).

Les infirmiers, en tant que professionnels formés au contact direct et prolongé avec les personnes dans leurs expériences de santé-maladie, sont en mesure d'apporter une contribution pouvant être déterminante pour le bien-être des personnes. Il en découle l'importance de s'interroger sur les réponses et alternatives que le regard infirmier peut apporter à cette problématique. Cette question prend encore plus de sens dans le cadre des soins à domicile, où les infirmiers peuvent être parmi les seuls contacts humains que certaines personnes âgées ont. En effet, l'accompagnement infirmier, par une relation de qualité avec des personnes âgées, permet la prise de conscience de ressources afin de faire face au *sentiment de solitude*.

### 8.1. Apports et limites du travail

#### 8.1.1. Apport du travail

L'apport spécifique du travail est d'avoir opté pour l'étude du *sentiment de solitude* perçu par les individus, et de n'avoir pour cela, retenu que des articles avec des études qualitatives, c'est-à-dire, des études qui cherchent à décrire des expériences de santé sous l'angle des significations de ces expériences pour ceux qui les traversent, et ceci dans un contexte où la problématique de la solitude chez les personnes âgées semble être de plus en plus à l'ordre du jour.

Les études sélectionnées pour cette revue de littérature permettent de répondre à la question de recherche par l'identification des processus à partir de réalités multiples, telles que vécues ou perçues par la diversité des personnes concernées. Mieux comprendre ces processus, c'est aussi inscrire son soin dans la diversité des situations individuelles, des trajectoires de vie, et ainsi, mettre en œuvre un soin individualisé, centré sur les besoins individuels.

Ce travail a permis de mettre en lumière les expressions des personnes en lien avec leur expérience du *sentiment de solitude*. Partir de ce qui est important pour les personnes est au cœur de l'approche infirmière telle qu'elle est proposée par Newman (2008), et permet au soignant de se positionner adéquatement dans son rôle d'accompagner la personne âgée dans un processus de reconnaissance, de compréhension et de transformation, par le biais d'une présence authentique, tel que mis en avant par Newman.

### **8.1.2. Limites du travail**

Dans une revue de littérature, basée sur des études de nature qualitative, la grille COREQ est utilisée pour évaluer la qualité des articles. Les critères Evidence Based Nursing [EBN] ne sont pas pertinents dans les recherches de nature qualitative. Ceci n'empêche pas l'infirmier de s'engager à la découverte de la personne soignée, avec une posture beaucoup plus disponible et ouverte. Peut-être moins empirique mais pas moins humaine.

## **8.2. Recommandations**

Ce travail a tout d'abord permis de comprendre comment les personnes concernées par la solitude décrivent ce sentiment, ses causes et ses conséquences. La meilleure compréhension du *sentiment de solitude*, une meilleure définition (notamment face à la notion d'isolement), le constat qu'il existe autant de situations que de personnes concernées, sont en soi des éléments essentiels pour un soin adapté.

Fort de ces éléments, la démarche et l'approche proposée par Newman peut être déclinée et articulées dans sa mise en application autour de cette meilleure connaissance du *sentiment de solitude*.

### **8.2.1. Recommandations pour la pratique**

Les interventions infirmières à domicile sont souvent conditionnées par des limitations au niveau du temps et des actes à réaliser, ce qui peut nuire à la possibilité de prendre véritablement du temps d'écoute active pour faciliter une prise de conscience réelle. Ce travail propose donc un tableau de synthèse (cf. Tableau 13) afin de guider le professionnel dans le processus transformatif pour une meilleure prise en soins de la personne âgée faisant l'expérience du sentiment de solitude, à domicile.



Tableau 13 : Accompagner la personne dans son processus transformatif

Processus transformatif	Étapes du processus selon Newman (2008)	Exemple de questions/reformulation à propos du sentiment de solitude	Mots-clés/Objectif
	1.Reconnaissance	Comment définissez-vous votre sentiment de solitude ?	>Sentiment de manque (Campéon, 2016) >Absence de personnes de confiance (Wettstein et al., 2014) >Sentiment d'abandon (Graneheim et Lundman, 2010). >Qualité des relations insatisfaisante (Campéon, 2016) >Sentiment d'exclusion (De Kermadec, 2017) >Sentiment de non appartenance (Dahlberg, 2007) >Ne pas se sentir écouté ou entendu (De Kermadec, 2017) >Souffrance et vide relationnel (De Kermadec, 2017)
		Reformuler en utilisant les mots-clés	But : Identifier le mot-clé principal
	2.Compréhension	Pouvez-vous m'en parler plus de ce terme (le mot-clé utilisé) ?	But : valider, accueillir ce que la personne dit. « C'est en prenant ou reprenant enfin la parole que le patient peut nommer ce qui le fait souffrir, et réinstaurer ce lien fondamental avec le monde qui est de dore et de se dire » (De Kermadec, 2017, p.25)
		C'est la première fois que vous faites cette expérience ?	But : identifier les patterns > évaluer la pertinence (Newman, 2008)
	3.Transformation	Comment pensez-vous que vos expériences passées pourraient vous aider à mieux vivre celle-ci?	But : aider la personne à prendre conscience de ses forces et ses ressources.
		Qu'est-ce qui peut changer pour vous suite à cette expérience ?	But : accompagner la personne dans sa démarche créative de transformation (Newman, 2008)

La plupart des infirmiers qui fondent leur pratique sur la théorie de Newman, considèrent qu'il faut un minimum de 3 rencontres, non pas dans le but principal de récolter de l'information mais afin de faciliter une interaction authentique entre la personne âgée et l'infirmier (Endo, 2017). Endo (2017), propose un schéma pour illustrer le processus de partenariat basé sur la théorie de Newman (cf. Figure 8). Ce processus de partenariat vise à faciliter le vécu du processus transformatif.

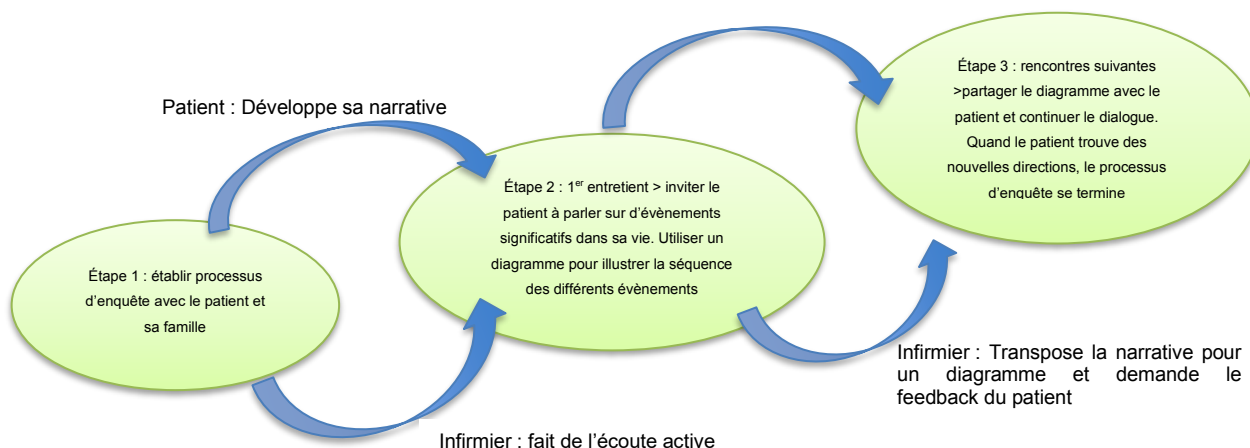


Figure 8 : Processus de partenariat. Source : Endo, 2017.

### 8.2.2. Recommandations pour la formation

Dans le cadre de la formation infirmière, il serait important d'approfondir les théories du paradigme unificateur-unitaire, telles que la théorie de la *santé comme expansion de la conscience de Newman*, afin de sensibiliser les étudiants à des approches plus subjectives et moins quantifiables. D'ailleurs, le fait d'approcher des sujets tels que la *solitude* permet de donner un aspect empirique à l'application d'un modèle de soins plus abstrait.

Dans le cadre de la formation continue il serait important de sensibiliser les infirmiers, mais aussi d'autres professionnels de la santé et du travail social, de la complexité du *sentiment de solitude*, de la variété des situations, des facteurs de risques et des manières de faire face.

Former les infirmiers à l'utilisation d'échelles de la solitude comme la University of California, Los Angeles loneliness scale (UCLA). Avec une formation spécifique, à l'utilisation de ces instruments, ceux-ci pourraient être utiles pour alimenter une démarche de soin et comprendre les caractéristiques individuelles des personnes qui sont évaluées.

### **8.2.3. Recommandations pour la recherche**

Que des études qualitatives soient menées de manière continue pour ajuster les constats faits sur des collectifs issus de cohortes ou de générations non actualisés

Réaliser une étude ambitieuse sur les parcours de vie dans leur entièreté, pour documenter de manière empirique l'idée selon laquelle les événements affectifs de l'enfance peuvent contribuer à l'émergence d'un *sentiment de solitude*.

Ouvrir la recherche du *sentiment de solitude* à des populations originaires de pays orientaux, africains et en générale du sud du globe. L'intérêt d'ouvrir la recherche dans ce sens serait de comprendre *l'universalité* du *sentiment de solitude*.

Tenir compte du fait que la Suisse est un pays de choix en ce qui concerne l'immigration et qu'il faudrait comprendre le *sentiment de solitude* dans ce contexte hétérogène. Cela demandera de la part de l'infirmier aussi des compétences culturelles.

## 9. RÉFÉRENCES

- Agostini, D. (2005). Les concepts de « capacité d'être seul » (D.W. Winnicott) et de « se sentir seul » (M. Klein). *Adolescence*, 23(1), 67-78.
- Aligood, M. R. (2018). *Nursing Theorists and their works* (9<sup>e</sup> éd.). St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier.
- Anzieu, D. (1995). *Le Moi-Peau*. Paris: Dunod.
- Aquino, J. (dir.), Robine, J. (2016). *Guide pratique du vieillissement*. Issy-les-Moulinneaux : Elsevier Masson.
- Augé, M. (1992). *Non-lieux*. Paris: Le Seuil.
- Augé, M. (2006). *Para que vivemos?* Lisboa : 90 Graus.
- Augé, M. (2010). Retour sur les « non-lieux » : Les transformations du paysage urbain. *Revue communications*, 87, 171-178.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(7), 795-813. doi: 10.1080/01612840600781196.
- Bentov, I. (1977). *Stalking the wild pendulum*. New York: E.P. Dutton.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Paris : Méridiens Klincksieck. In: *Politix*, vol. 1, n°1, Hiver 1988. pp. 91-93. doi : 10.3406/polix.1988.200
- Bowlby, J. (2002). *Attachement et perte : L'attachement. Vol 1*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Bowlby, J. (2014). *Amour et rupture. Les destins du lien affectif*. Paris : Albin Michel.
- Buchman, AS., Boyle, PA., Wilson, RS., James, BD., Leurgans, SE., Arnold, SE. & Bennett, DA. (2010). Loneliness and the rate of motor decline in old age: the Rush Memory and Aging Project, a community-based cohort study. *BioMed Central Geriatrics*, 10(77). doi:10.1186/1471-2318-10-77
- Cacioppo, J. et Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. London: W.W. Norton & Company.
- Campéon, A. (2015). Les mondes ordinaires de la précarité et de la solitude au grand âge. *Retraite et société*, 70, 84-104.
- Campéon, A. (2016). Vieillesse isolée, vieillesse esseulée? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 38(149), 11-23. doi:10.3917/ges1.149.0011
- Caradec, V. (2007). L'épreuve du grand âge. *Retraite et société*, 52, 12-37.
- Cattan, M., Newell, C., Bond, J. & White, M. (2003). Alleviating social isolation and loneliness among older people. *International Journal of Mental Health Promotion*, 5(3), 20-30. doi: 10.1080/14623730.2003.9721909

- Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 2(4), 195-207. doi: 10.1080/17482620701626117
- Davies, B. & Logan, J. (2011). *Lire des textes de recherche*. (4<sup>e</sup> éd.) Toronto : Elsevier.
- Davis, R., Sevdalis, N. Pinto, A., Darzi, A. & Vincent, C. (2011). Patients' attitudes towards patient involvement in safety interventions : results of two exploratory studies. *Health Expectations*, 16(4) ; e164-e176. doi :10.1111/j.1369-7625.2011.00725.x
- Dayez, J.-B. (2012). L'isolement social et le sentiment de solitude des aînés : précisions et pistes d'intervention. *Analyses Énéo*, 10.
- De Aguiar, Z. & Neto, M. (2016). Solidao na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 19(2):313-324. doi:10.1590/1809-98232016019.150085.
- De Jong Gierveld J. & Van Tilburg, T. (2006). A 6-item scale for overall, emotional and Social loneliness: confirmatory tests on survey data. *Research on Ageing*, 28(5), 582-598. doi: 10.1177/0164027506289723
- De Jong Gierveld J. & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing*, 7(2), 121-130, doi:10.1007/s10433-010-0144-6
- De Kermadec, M. (2017). *Un sentiment de solitude*. Paris: Albin Michel
- Delisle, M. A. (1987). *La République du silence, solitude et vieillissement*. Collection rapports de recherche n°2, laboratoire de recherches sociologiques de l'université de Laval, Québec.
- Donaldson, S. & Crowley, D. (1978). The discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26(2):113/20.
- Dupont, S. (2010). La capacité d'être seul: une ligne de développement. In S. Dupont (Dir), *Seul parmi les autres: Le sentiment de solitude chez l'enfant et l'adolescent* (60-122). Toulouse, France: ERES.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob.
- Elias, N. (1998). *La solitude des mourants*. Paris : Christian Bourgois.
- Encyclopaedia Universalis. (2019). *Qu'est-ce qu'un sentiment?*. Accès <https://www.universalis.fr/encyclopedie/sentiment/1-qu-est-ce-qu-un-sentiment/>
- Endo, E. (2017). Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness and a Nursing Intervention from a Unitary Perspective. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 4(1): 50-2. doi: 10.4103/2347-5625.199076
- Fawcett, J & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories*. (3<sup>e</sup> éd.). Philadelphia: F.A.

Davis.

Figueiredo, S. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família : os cuidados familiares na velhice*. Lisboa : Porto Ambar.

Fondation de France. (2012). *Le solitudes en France. Rapport 2012*. Lieu: Paris, France.

Fortin, M. F. & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2<sup>e</sup> éd.) Lieu : Chenelière Éducation.

Freund, A. M., & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531–543.

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*, 15(157), 50-54. doi:10.1016/j.kine.2014.11.005

Gerst-Emerson, K. & Javawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1013-1019. doi: 10.2105/AJPH.2014.302427

Goffman, E. (1974). *Les rites interaction*. Paris: Les éditions de minuit.

Graneheim, U. & Lundman, B. (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umea 85+ project. *Aging & Mental Health*, 14(4), 433-438. doi:10.1080/13607860903586078

Guillet, L. & Hermand, D. (2006). Critique de la mesure du stress. *L'année Psychologique*, 106(1), 129-163. Accès [https://www.persee.fr/doc/psy\\_0003-5033\\_2006\\_num\\_106\\_1\\_30903](https://www.persee.fr/doc/psy_0003-5033_2006_num_106_1_30903)

Hanratty, B., Addington-Hall, J., Arthur, A., Cooper, L., Grande, G., Payne, S. & Seymour, J. (2013). What is différent about living alone with cancer in older age? A qualitative study of experiences and preferences for care. *BMC Family Practice*, 14, 22. doi:10.1186/1471-2296-14-22.

Hawton, A., Green, C., Dickens, A., Richards, S., Taylor, R., Edwards, R., ... Campbell, J. (2010). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20(1), 57-67. doi: 10.1007/s11136-010-9717-2

Hazif-Thomas, C. (2014). Santé mentale et solitude dans l'âge avancé. *Soins Gériatrie*, 19(105), 17-19. doi:10.1016/j.sger.2013.10.005

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4

Honneth, A. (2013). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Folio Essais.

Katzmann, R., Brown, T., Fuld, P., Peck, A., Schechter, R. & Schimmel, H. (1983). Validation of a short orientation – memory – concentration test of cognitive impairment. *American Journal of Psychiatry*, 140, 734-739.

- Kharicha K., Iliffe, S., Manthorpe, J., Chew-Graham, C.A., Cattan, M., Goodman, C.,... Walters, K. (2017). What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. *Health and Social Care in the Community*, 25(6), 1733-1742. doi: 10.1111/hsc.12438
- Klinenberg, E. (2012). *Going solo. The extraordinary rise and surprising appeal of living alone*. Londres : Penguin Books. doi.org/10.1111/j.1728-4457.2012.00523.x
- Kübler-Ross, E. (1975). *Les derniers instants de la vie*. Genève: Labor et Fides.
- Kurlowicz, L. & Greenberg, S.A. (2007). *Try this : Best practices in nursing care to older adults : The Geriatric Depression Scale (GDS)*. (4<sup>e</sup> ed.). The Hartford Institute for Geriatric Nursing. New York : New York University, College of Nursing.
- Lalivé d'Epinay C. (dir.), Belime P., Rudhardt, M., Fabre, J., Martin, R., Collart, E., ...Steiner, M. (1992). *La solitude ça s'apprend ! L'expérience du veuvage racontée par celles qui la vivent*. Genève : Georg.
- Lalivé d'Epinay, C. (1989). Individualisme et solidarité aujourd'hui : douze thèses. *Cahiers internationaux de sociologie*, 86, 15-31.
- Le Petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* (2018). Paris : Le Robert.
- Le Blanc, G. (2009). *L'invisibilité sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Lebret, S., Perret-Vaille, E., Mulliez, A., Gerbaud, L. et Jalenques, I. (2006). Elderly suicide attempters : Characteristics and outcome. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1052-1059. doi: 10.1002/gps.1605
- Lévinas, E.(1983). *Le temps et l'autre*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Luanaigh, C. Ó., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213-1221. doi: 10.1002/gps.2054
- McInnis, G. & White, J (2001). A phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(3), 128-139. doi:10.1053/apnu.2001.23751
- Mahe, G. (2012). L'indexation des journaux scientifiques et la bibliométrie : bref aperçu. *Le Journal de l'Eau et de l'Environnement*, 20, 52-58.
- Manoukian, A. (2010). *Approche psychologique de la personne âgée*. (S.I) : Doc editions.
- Martuccelli, D. (2002). *Grammaires de l'individu*. Paris: Folios Essais.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress* (5<sup>e</sup> éd.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meltzoff, A. & Moore, K. (2005). Imitation et développement humain: les premiers temps de la vie. *Terrain*, 44, 71-90. doi: 10.4000/terrain.2455

- Merinfeld, E.G. (2005). Les premiers liens de l'enfant. Attachement et intersubjectivité. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 35, 5-12.  
doi.org/10.3917/ctf.035.0005
- Mias, Lucien. (2000). *Le vieillissement différentiel*. Accès <http://papidoc.chic-cm.fr/536vieilldifferentiel.html>
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Vol. 3. Lisboa: Universidade Aberta.
- Newman, M. (1986). *Health as expanding consciousness*. St Louis: Mosby.
- Newman, M. (1990). Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*, 3, 37-41.
- Newman, M. (1994). *Health as expanding consciousness* (2<sup>e</sup> ed.). Sudbury MA: Jones & Bartlett.
- Newman, M. (1995). Dialogue: Margaret Newman and the rhetoric of nursing theory. *Image: The journal of Nursing Scholarship*, 27, 261.
- Newman, M. (1997). Evolution of the theory of health as expanding consciousness. *Nursing Science Quarterly*, 10(1), 22-5.
- Newman, M. (1999). The rhythm of relating in a paradigm of wholeness. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31, 227-230.
- Newman, M., Smith, M., Pharris, M. & Jones, D. (2008). The focus of the discipline revisited. *ANS Advances in nursing science*, 31(1), 16-27.
- Newman, M. (2008). *Transforming presence: The difference that nursing makes*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Nosraty, L., Jylhä, M., Raittila, T. & Lumme-Sandt, K. (2015). Perceptions by the oldest old of successful aging, Vitality 90 + Study. *Journal of Aging Studies*, 32, 50-58.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2015.01.002>
- Office Fédéral de la Statistique. (2015). *Les scénarios de l'évolution de la population Suisse 2015-2045* [Publication]. Neuchâtel : Office Fédéral de la Statistique. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-suisse.assetdetail.350327.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2017). *La population de la Suisse 2016* [Publication]. Neuchâtel : Office Fédéral de la Statistique. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/publications.assetdetail.3902099.html>
- Office Fédéral de la Statistique. (2019). *Pyramide des âges* [Graphique]. Neuchâtel : Office Fédéral de la Statistique. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/graphiques.assetdetail.5887363.html>
- Organisation des Nations Unies. (2018). *Les personnes âgées*. Accès <http://www.un.org/fr/sections/issues-depth/ageing/index.html>



- Organisation Mondiale de la Santé. (1946). *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé N°2*. Débats et actes finaux de la Conférence internationale de la Santé tenue à New York du 19 au 22 juillet 1946. New York, NY, US / Genève, Suisse: Nations Unies.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Accès <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Vieillesse et qualité de vie*. Accès <http://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Vieillesse et santé*. Accès <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Pan Ké Shon, J.-L. (2003). Isolement relationnel et mal-être. *Insee Première*, 931, 1-4.
- Parker, M. et Smith, M. (2010). *Nursing theories & nursing practice*. (3<sup>e</sup> éd.). Philadelphia : F.A. Davis Company.
- Pepin, J. et Cara, C. (2001). La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières. *Théologiques* 9(2), 33-46.
- Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Perlemuter, L. (Dir.). (2005). *Nouveaux Cahiers de l'Infirmière : tome 20 : Gériologie et Gériopsychiatrie* (5<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.
- Piguet, C., Droz-Mendelzweig, M., & Bedin, M. G. (2017). Vivre et vieillir à domicile, entre risques vitaux et menaces existentielles. *Gériologie et société*, 39(152), 93-106. doi : 10.3917/gsl.152.0093
- Prigogine, I. (1980). *From being to becoming*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Puvill, T., Lindenberg, J., De Craen, A., Slaets J., & Westendorp R. (2016). Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: a population based observational study. *BMC Geriatrics*, 16(194). doi: 10.1186/s12877-016-0365-4.
- Quentin, B. (2016). Trou de mémoire, ou quand l'isolement produit la maladie d'Alzheimer. *Gerontologie et société*. 149(38), 67-77.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Research. Cognitive Brain Research*, 3(2), 131-41.
- Rizzolatti, G. & Craighero, L. (2004). The mirror-neuro system. *Annual review of neuroscience*, 27: 169-92. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230
- Rodríguez-Mañas, L., Féart, C., Mann, G., Viña, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., . . . on behalf of the FOD-CC group. (2013). Searching for an operational definition of frailty: A Delphi method based consensus statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(1), 62-67. doi:10.1093/gerona/gls119

- Rogers, M.E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: J.A.David.
- Rogers, M.E. (1983). *Science of unitary human beings: A paradigm for nursing*. Dans Clements, I.W. & Roberts, F.B. (dir.). *Family Health: A theoretical approach to nursing care*, 219-227. New York: John Wiley & Sons.
- Rogers, M.E. (1990). *Nursing, science of unitary, irreducible, human beings*. Dans Barret, E.A.M. (dir). *Visions of Rogers's Science-Based Nursing*, 5-11. New York: National League for Nursing.
- Rokach, A. (1999). Cultural background and coping with loneliness. *Journal of Psychology*, 133, 217-229. doi : 10.1080/00223989909599735
- Rompaey, C. V. (2003). Solitude et vieillissement. *Pensée plurielle*, 6(2), 31-40. doi: 10.3917/pp.006.0031
- Roy, N., Dubé, R., Després, C., Freitas, A. & Légaré, F. (2018). Choosing between staying at home or moving : A systematic review of factors influencing housing decisions among frail older adults. *PLoS ONE* 13(1). doi: 10.1371/journal.pone.0189266
- Rühli, L. (2016). *CH 1995-2035, tendances globales, défis nationaux, solutions libérales*. [Publication]. Avenir Suisse. Accès <https://www.avenir-suisse.ch/fr/ch-1995-2035/>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. doi: 10.1207/s15327752jpa6601\_2
- Sà, T. (2014). Lugares e nao lugares in Marc Augé. *Tempo social, revista de sociologia da USP*, 26(2), 209-229.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. & Pitkälä, K. (2010). Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *International Journal of Older People Nursing*, 5(1), 16-24. doi: 10.1111/j.1748-3743.2009.00191.x
- Schwab, J. (1962). The concept of the structure of a discipline. *Educational Record*, 43, 197-203.
- Scully, J., Tosi, H. & Banning, K. (2000). Life event checklists: revisiting the social readjustment rating scale after 30 years. *Educational and psychological measurement*, 60(6), 864-876. doi: 10.1177/00131640021970952
- Serres, J-F. (2016). Une mobilisation nationale contre l'isolement : la dynamique Monalisa. *Gérontologie et société*, 38(149), 155-167.
- Smith, J. (2012). Toward a Better Understanding of Loneliness In Community-Dwelling Older Adults. *The Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 146(3), 293-311. doi:10.1080/00223980.2011.602132
- Thurston, RC. & Kubzansky, LD. (2009). Women, loneliness, and incident coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 71(8), 836-42. doi:10.1097/PSY.0b013e3181b40efc

- Vandenbroucke, S., Lebrun, J.-M., Vermeulen, B., Declercq, A., Maggi, P., Delye, S., et coll. (2012). *Vieillir, mais pas tout seul - Une enquête sur la solitude et l'isolement social des personnes âgées en Belgique*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- VanderWeele, T., Hawkey, L. & Cacioppo, J. (2012). On the reciprocal association between loneliness and subjective well-being. *American Journal of Epidemiology*, 176(9), 777-784. doi: 10.1093/aje/kws173
- Van de Velde, C. (2011). *La fabrique des solitudes*. In P. Rosanvallon (dir). *Refaire Société* (pp. 27-37). Paris : Le Seuil, coll. « La République des idées ».
- Varela, F., Ciconelli, R., Campolina, A. et Soares, P. (2015). Avaliação de qualidade de vida em idosos frágeis em Campinas, SP. *Revista Associação Medicina Brasileira*, 61(5), 423-430. doi:10.1590/1806-9282.61.05.423.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., . . . Widmer Howald, F. (2016). *Santé et qualité de vie des personnes âgées. Bases pour les programmes d'action cantonaux*. Rapport 5. Berne / Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Wettstein, A., Dyntar, D. & Kälin, M. (2014). L'isolement, un risque pour la santé chez le sujet âgé. *Forum Medical Suisse*, 14(47), 877-880. doi : 10.4414/fms.2014.02118
- Winnicott, D. W. (1947). La haine dans le contre-transfert. In D. W. Winnicott (Dir) (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 72-82). Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (1951). Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In D. W. Winnicott (Dir) (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 169-186). Paris : Payot.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. In D. W. Winnicott (Dir) (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 285-291). Paris: Payot.
- Winstead, V., Yost, EA., Cotten, SR., Berkowsky, RW. & Anderson, WA. (2014). The impact of activity interventions on the well-being of older adults in continuing care communities. *Journal of Applied Gerontology*, 33(7), 888-911. doi:10.1177/0733464814537701
- Young, A.M. (1976). *The reflexive universe: Evolution of consciousness*. San Francisco: Robert Briggs.